358

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNEE 1910 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

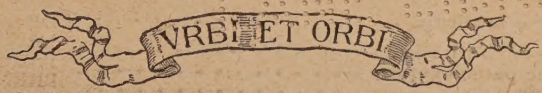
PAR

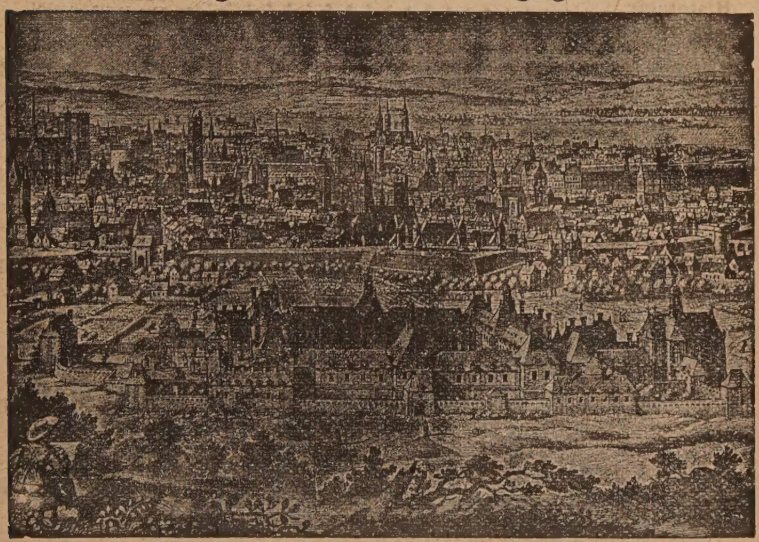
Etienne-Sébastien FICHOT

Né à Corbigny (Nièvre) le 23 septembre 1880

Ancien externe des Hôpitaux

Ancien interne de Saint-Lazare





L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

LES GOMMES SYPHILITIQUES DU FOIE CHEZ L'ADULTE

Président : M. ERNEST GAUCHER, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE LANNELONGUE
Pathologie chirurgicale	PIERRE MARIE
Anatomie pathologique	PRENANT
Histologie	HARTMANN
Opérations et appareils	POUCHET
Pharmacologie et matière médicale	GILBERT
Thérapeutique	CHANTEMESSE
Hygiène	THOINOT
Médecine légale	CHAUFFARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ROGER
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Clinique médicale	HUTINEL
Maladies des enfants	GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique chirurgicale	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	ALBARRAN
Clinique des maladies des voies urinaires	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique d'accouchements	POZZI
Clinique gynécologique	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile	ALBERT ROBIN
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LORPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'honneur

36798

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR JULES FICHOT

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

ET PARTICULIÈREMENT A CEUX AU SERVICE DESQUELS J'AI ÉTÉ ATTACHÉ

M. le Professeur CHAUFFARD (stage).

MM. JEANSELME, BRAULT, BEZANÇON, LAFFITTE, Médecins des Hôpitaux.

MM. HUMBERT, SÉBILEAU, SAVARIAUD, Chirurgiens des Hôpitaux.

M. LOMBARD, Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux.

M. le Dr VERCHÈRE, Chirurgien de Saint-Lazare, dont nous avons été l'interne à l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

M. le professeur BAR, M. BRINDEAU, Accoucheurs des Hôpitaux.

M. le Dr JULLIEN, Chirurgien de Saint-Lazare.

Nous adressons d'une façon toute spéciale nos remerciements à M. Brault, pour l'extrême amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition sa communication inédite concernant le sujet de notre thèse. Qu'il nous permette pourtant de lui dire que ce service matériel nous semble peu de chose auprès de l'influence qu'eut sur nous, à une période rapprochée

du début de nos études, son jugement sûr en même temps que sa grande expérience clinique qui ont fait, de l'année passée dans son service de Lariboisière, la plus profitable de nos années d'externat.

M. le Dr Ozenne, Chirurgien de Saint-Lazare, nous a donné l'observation d'où est venue l'idée de cette thèse. Nous lui adressons tous nos remerciements.

Nous les devons aussi à M. le Dr Oberlin récemment décédé et à M. le Dr Delfau pour l'excellent accueil que nous avons reçu dans leur service à la maison d'arrêt de Saint-Lazare et à l'asile national des convalescents de Saint-Maurice.

LES

GOMMES SYPHILITIQUES DU FOIE

CHEZ L'ADULTE

INTRODUCTION

Historique

Les manifestations hépatiques de la syphilis comprennent deux grands groupes de faits bien distincts et par leur déterminisme étiologique et par leur intérêt clinique. D'une part le tréponème peut arriver au foie en droite ligne ; venu du placenta par la veine ombilicale le foie est le premier viscère que rencontre le parasite (réserve faite du canal d'Aranzi qui dérive directement vers la circulation générale une partie du sang au retour du placenta) ; c'est la première barrière que lui oppose l'organisme, ce sera le premier foyer, la première étape d'où partira l'infection syphilitique. On sait avec quelle richesse le tréponème s'accumule ou se multiplie dans le foie du fœtus et du nouveau-né syphilitique,

les lésions graves qu'il y détermine, les manifestations cliniques précoces qui en découlent. Ces faits intéressent particulièrement l'accoucheur et le pédiâtre ; nous les laissons entièrement de côté.

Dans un autre groupe de faits, l'agent pathogène n'est pas entré de plain-pied dans la circulation porte. Il a pénétré dans l'organisme à la faveur d'une solution de continuité accidentelle du tégument. Ici la localisation hépatique n'est plus commandée par les voies anatomiques de pénétration de l'agent ; celui-ci, dans sa localisation viscérale, hépatique ou autre, obéit en quelque sorte aux influences, souvent obscures, qui au cours des septicémies microbiennes créent un point d'appel ici dans tel organe, là dans tel autre.

Tels sont les faits de syphilis acquise. Tels sont également les faits de syphilis héréditaire tardive. Dans ce dernier cas, rien pendant une période plus ou moins longue ne permettait parfois de soupçonner l'infection contractée *in utero* ; il faut pourtant admettre que son agent sommeillait quelque part car tout se passe comme s'il venait à un moment donné à sortir de sa retraite pour réaliser une infection nouvelle. Dès lors, rien ne distingue plus cette forme de syphilis de la syphilis acquise : dans les deux cas, l'agent infectieux, lancé dans le torrent circulatoire est amené à chaque organe par l'artère nourricière de cet organe et en fait, les manifestations anatomiques et cliniques de la syphilis hépatique héréditaire tardive, sclérose, gomme, dégéné-

rescence amyloïde sont absolument calquées sur celles de la syphilis acquise.

Les observations de gommes du foie chez l'adulte abondent dans la littérature médicale ; les erreurs de diagnostic dont elles furent l'objet ne sont guère moins nombreuses, la plupart ne furent pas diagnostiquées sur le vivant. Cependant une observation de gomme cliniquement bien diagnostiquée a été publiée récemment, M. le Dr Ozenne, chirurgien de Saint-Lazare, en a observé un cas encore inédit, qu'il a bien voulu nous communiquer et qui a été l'origine de ce travail ; la réaction de Wassermann est venue ici, pour la première fois à notre connaissance, corroborer le diagnostic clinique. Enfin M. Brault vient de faire connaître l'extension parfois énorme que peuvent prendre certains syphilomes du foie extériorisés. Il n'est pas jusqu'à la thérapeutique qui n'ait donné lieu récemment à des essais intéressants.

L'importance clinique des gommes syphilitiques du foie prises souvent pour des tumeurs et opérées ; les difficultés que le clinicien éprouve pour leur diagnostic, difficultés que les méthodes de laboratoire atténuent aujourd'hui dans une certaine mesure ; l'extension anatomique qu'elles peuvent prendre, les essais thérapeutiques nouveaux qui ont été tentés nous paraissent justifier l'idée de réunir les faits intéressants qui ont été publiés sur cette affection à ceux encore inédits que nous indiquons plus haut et de présenter ainsi une étude d'ensemble *des gommes syphilitiques du foie chez l'adulte.*

Leur histoire est aussi ancienne que celle de la syphilis hépatique avec laquelle elle se trouve confondue. Soupçonnée en 1813 par Portal, la gomme syphilitique du foie est surtout connue depuis les travaux de Rayer, d'Oppolzer et surtout de Dittrich (de Prague).

Virchow en 1860 décrit spécialement la gomme du foie et montre son analogie avec les grains de semoule signalés par Gübler en 1852.

Puis viennent les descriptions de Lancereaux, Leudet, Hutchinson, Fournier, Mauriac montrant l'influence de la syphilis héréditaire. Cornil et Ranvier précisent l'anatomie pathologique.

Une thèse récente due à Steiner en 1902 est consacrée aux erreurs de diagnostic auxquelles les gommes du foie ont donné lieu en clinique ; il en est de même du mémoire de Cumston en 1903.

En somme l'histoire des gommes syphilitiques du foie est éparse dans les diverses publications qui se rapportent au tertiarisme hépatique en général. Nous n'insisterons ici que sur les détails nouveaux ou intéressants de leur étude.

ÉTIOLOGIE

L'association presque constante de la sclérose et de la gomme autant que l'impossibilité clinique du diagnostic exclusif de l'un ou de l'autre de ces processus ne permet pas d'assigner à chacun d'eux des facteurs étiologiques particuliers.

L'étiologie du tertiarisme hépatique doit être envisagée dans son ensemble.

La syphilis du foie chez l'adulte d'origine acquise ou héréditaire tardive n'est pas fréquente ; elle est encore moins fréquemment diagnostiquée, on peut la compter pour environ 0,6 o/o des maladies du foie (Boix) ; 9 fois sur 4.400 cas (Fournier) ; c'est relativement un accident tardif, apanage des syphilis mal traitées ou insuffisamment traitées, contemporain des gommes de la peau et du tissu cellulaire, des exostoses, des ulcérations du pharynx et qui survient en moyenne dix à vingt ans après l'infection première, mais on peut le voir débuter au bout de vingt, trente et quarante ans ou exceptionnellement d'une façon très précoce (1 cas l'année même du chancre). Il en résulte que le médecin doit toujours être prêt à admettre la possibilité de la nature syphilitique d'une maladie du foie, même si le malade nie toute

contamination antérieure. Il ne faut pas oublier toutefois que le maximun de fréquence s'observe dans les deuxième, troisième et quatrième années de l'infection syphilitique (Fournier), la troisième année dans l'observation de Servy (obs. II). L'âge du malade est d'ailleurs à considérer, c'est en moyenne entre trente et cinquante ans ; mais elle a été vue à vingt ans et même jusqu'à quatre-vingt-six ans (cas de E. Wagner concernant des gommes chez une vieille femme). Dans la *syphilis héréditaire tardive* la gomme débute bien plus tôt avec maximun de fréquence entre dix et vingt ans ; on peut cependant l'observer beaucoup plus tard (1).

Il va de soi que la majorité des observations a été recueillie dans les milieux où la syphilis est le plus répandue, c'est-à-dire dans les grandes villes. Gerhandt à Wurtzbourg observe 4 cas en dix ans tandis qu'à Berlin il en note 19 en douze ans.

Le sexe masculin est plus souvent frappé, 25 hommes et 10 femmes. Sans doute cette prédisposition du sexe masculin est due pour une grande part à l'influence des causes localisatrices qui nous restent à signaler : l'intoxication, l'infection et le traumatisme. Bien que les cirrhoses alcooliques soient différentes

1. Voici la statistique de Hudelo sur 47 cas de syphilis héréditaire tardive.

2 à 5 ans.....	4	cas
5 à 10 —.....	8	—
10 à 20 —.....	25	—
20 à 25 —.....	3	—
25 à 35 —.....	4	— ,

Au delà 2 cas (quarante et un et quarante-trois ans).

du processus scléreux de la syphilis au double point vue de la nature histologique, de la lésion et de sa distribution topographique, l'influence de l'intoxication alcoolique ne paraît pas douteuse (existence de cirrhoses alcooliques avec un semis de nodules gommeux ; coexistence avec le foie syphilitique de lésions fréquentes chez les alcooliques : pachydermie laryngée, néphrite chronique atrophique), l'alcool agirait en créant au niveau du foie un *locus minoris resistantiæ*.

Même remarque doit être faite pour les infections (ictères infectieux, paludisme).

On sait que les gommes syphilitiques se rencontrent fréquemment au voisinage des ligaments suspenseurs du foie. Virchow en a conclu que les traumatismes ont une certaine importance dans la localisation de la syphilis sur le foie. En fait le seul cas de Lœwenfeld a nettement succédé à une violence sur la région hépatique. Signalons dans le même ordre d'idée que sur 12 cas de Gerhardt se trouvent 3 cavaliers.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La syphilis frappe la glande hépatique à la manière de toutes les toxi-infections. Si l'agression est forte les lésions parenchymateuses prédominent, pouvant aller jusqu'à la désorganisation et à la mort de la cellule épithéliale. Si l'agression est faible ou longtemps prolongée, la leucocytose locale et les réactions conjonctives ont le temps de se faire, on pourra observer des lésions interstitielles.

Dans ce dernier groupe de faits, on distingue communément plusieurs formes anatomiques de syphilis hépatique :

1° Une *hépatite* à travées irrégulières rappelant assez vaguement la disposition des cirrhoses les plus communes ;

2° Cette hépatite, rarement isolée, est ordinairement liée à l'existence de gommes en nombre et volume variables. Les dépressions et les incisions dont le foie est sillonné sont d'autant plus accusées que la résorption des gommes est plus complète. C'est le *foie ficelé* qui représente la forme la plus fréquente de la syphilis hépatique chez l'adulte ;

3° La gomme peut exister isolément, c'est-à-dire

sans être accompagnée de lésions d'aspect cirrhotique ; cette forme *gommeuse pure* est exceptionnelle ;

4° Enfin, l'hépatite accompagnée ou non de gommes est associée à la *dégénérescence amyloïde* limitée le plus souvent aux vaisseaux des espaces portes, parfois étendue aux plus fins capillaires du foie en même temps qu'à ceux d'autres organes ;

5° Une autre variété sur laquelle on insiste moins dans les ouvrages didactiques et sur laquelle M. Brault vient d'attirer l'attention est caractérisée par la production de gommes de dimensions tellement insolites que, même cliniquement, elles peuvent en imposer pour une tumeur. Leur extension peut être telle qu'elles peuvent dépasser en quelque sorte les limites de l'organe pour se continuer avec des syphilomes extra-hépatiques plus ou moins étendus.

En ce qui concerne la fréquence relative de ces diverses formes, Lancereaux, sur une statistique de 24 cas a noté 3 fois l'hépatite scléreuse pure, 1 fois des gommes avec traînées cicatricielles et cirrhotiques, 7 fois des cicatrices fibreuses sans gommes et 11 fois des lésions gommeuses et scléro-gommeuses. Le syphilome diffus avec propagation extra-hépatique n'est pas signalé dans cette statistique pas plus que dans les autres. Nous verrons cependant qu'il n'est pas dépourvu d'intérêt.

Nous n'avons à nous occuper ici que des productions gommeuses. Leur histoire anatomique, avons-nous dit, est liée intimement à celle de l'hépatite inters-

titielle syphilitique : celle-ci accompagne presque toujours à l'autopsie les gommes ou les cicatrices de gommes. Il ne faudrait cependant pas croire, comme le font Marfan et Toupet, que les gommes se développent toujours et exclusivement dans un territoire atteint de sclérose, celle-ci ayant elle-même succédé d'une façon constante à une altération vasculaire. Cette filiation n'est pas conforme à la réalité, car l'existence indéniable à l'état isolé de l'hépatite et de la gomme démontre l'indépendance anatomique des deux processus.

1° *Histologie pathologique*. — De la structure de la gomme nous dirons peu de choses ; elle est au foie ce qu'elle est partout ailleurs.

Au début, la lésion gommeuse est constituée par de petits nodules embryonnaires, dont les éléments sont encore vivants, ce que l'on reconnaît à leur affinité particulière pour les réactifs colorants. Dans une gomme plus avancée, les cellules centrales subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, ne se colorent plus par les réactifs et laissent voir dans leur intervalle une substance fondamentale vaguement fibrillaire. A la périphérie de cette masse centrale dégénérée on voit une zone de cellules migratrices petites, rondes, à noyau fortement coloré et une bordure de cellules géantes. La gomme ainsi constituée, avec sa partie centrale dégénérée et sa partie périphérique encore vivante, se renouvelant à mesure que se fait l'extension centripète de la lésion, cette gomme présente une particularité importante ; elle

est isolée du reste du parenchyme hépatique par une sorte de tissu fibrillaire très serré. La présence de cette zone conjonctive qui entoure la gomme comme d'une sertissure et la sépare en quelque sorte du tissu hépatique voisin, permet de distinguer la gomme d'avec d'autres lésions, d'avec la tuberculose notamment.

Les lésions vasculaires sont toujours très accentuées. Au centre de la gomme jamais de vaisseaux. Au voisinage, endartérite et périartérite très prononcées. Pas de réaction au niveau des veines sus-hépatiques, pas de néo-capillaires.

Il n'y a pas non plus de néo-canalicules biliaires.

Jamais, dans la syphilis hépatique de l'adulte, la présence du tréponème n'a été observée.

2° *Anatomie macroscopique.* — Si l'on met à part les formes gommeuses pures, les gommes siègent de préférence dans les bandes de sclérose (cirrhose rubanée) qui sillonnent le foie et l'encerclent à sa périphérie ; on les rencontre dans les tractus fibreux eux-mêmes, à leurs points nodaux ou à leur base d'implantation sur une cicatrice corticale (Chauffard), plus rarement les gommes existent en plein foie en dehors des zones d'envahissement fibreux. Parfois solitaires, elles sont surtout agminées en colonies.

Le volume est variable. Depuis la gomme miliaire qui n'est visible qu'au microscope jusqu'à celle qui est grosse comme un œuf et plus il y a tous les intermédiaires.

La consistance est ferme ; sur une coupe la couleur est jaunâtre comme la pulpe du marron d'Inde. Le contour est nettement délimité, arrondi ou polysphérique par confluence de plusieurs gommes. La surface de section est homogène, un peu humide au début, sèche et miroitante quand la gomme se résorbe et se cicatrise.

3°*Evolution anatomique.* — Au foie comme dans les autres organes, les gommes peuvent subir une double évolution.

Elles peuvent s'accroître par leur périphérie. Nous y reviendrons.

Elles peuvent aussi se cicatriser. La partie centrale caséeuse se résorbe, subit la transformation fibreuse et peut même se calcifier, la masse gommeuse s'affaisse, se rétracte, elle finit par n'être plus qu'une cicatrice criant sous le couteau et d'où partent en étoile dans tous les sens en surface et en profondeur les tractus fibreux qui bouleversent la forme extérieure du foie et aboutissent ainsi au foie ficelé. Ces cicatrices, connues depuis longtemps, ont été rattachées par Dittrich à leur véritable cause. Toutefois, il importe de noter qu'on a invoqué d'autres processus dans la production du foie ficelé, notamment l'hypertrophie compensatrice de Ponfick ; l'atrophie de certaines parties du foie, l'hyperplasie d'autres parties adjacentes concourraient simultanément à produire les accidents de surface de l'organe.

Mais les faits expérimentaux de Ponfiek concordent mal avec les observations anatomo-pathologiques

où les néo-canalicules biliaires sont absents et où du moins les productions décrites sous ce nom sont susceptibles d'une autre interprétation. Cette absence est nettement signalée dans l'observation récente et si complète de Milian que nous reproduisons en partie. Cette question se rattache, d'ailleurs, à la question générale des hypertrophies compensatrices dans les cirrhoses, nous n'avons pas à la discuter ici.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, de pareils foies peuvent présenter les déformations les plus variées et les plus inattendues, d'où les noms de foie *ficelé*, foie *capitonné*, foie *lobé* comme les reins d'un jeune veau, etc.

Tantôt une portion de parenchyme hépatique est isolée à la façon d'un lobe supplémentaire et simule ici une tumeur de la rate, là une tumeur des reins ailleurs un cancer de pylore, etc., nous y reviendrons au diagnostic.

Tantôt la gomme où la tumeur scléro-gommeuse suivant son volume et selon la direction suivant laquelle elle se développe vient à comprimer quelque organe important, par exemple la veine cave sous le foie (cas de Klebs, cité par Chvostek), veine sus-hépatique à son embouchure dans la veine cave (cas de Barth), voies biliaires (cas de Chiari). Il va de soi que les traits du tableau clinique sont ainsi susceptibles d'une grande variabilité.

Ajoutons que la périhépatite, inégalité de la séreuse, adhérences, sont presque constantes en cas de gomme syphilitique du foie.

Jusqu'ici nous n'avons examiné que la gomme hépatique circonscrite, bien limitée. Jeune, hormis les cas exceptionnels dans lesquels par son siège ou son volume elle comprime un organe important, elle se comporte en somme comme un corps étranger inoffensif parfaitement toléré. Plus tard, à la période de cicatrisation, elle n'a que les inconvénients mécaniques dus aux déformations anatomiques qu'elle entraîne.

Il nous reste à voir maintenant des faits d'un tout autre ordre concernant les uns l'élimination spontanée du contenu de la gomme, les autres la marche envahissante de syphilomes diffus d'origine hépatique et leur extension aux tissus et organes hépatiques.

Contrairement à ce que l'on observe pour les gommes cutanées et sous-cutanées, les gommes du foie comme toutes les gommes profondes subissent rarement le ramollissement puriforme. Cependant semblable terminaison existe et le fait saillant dans ce cas est la communication de la cavité gommeuse avec la lumière des canaux biliaires.

Budd dans son *Traité des Maladies du Foie* avait déjà donné la description des gommes colorées par la bile, mais la nature syphilitique même de ces produits lui avait échappé.

Murchison rapporte une observation de Moxon où une gomme ramollie se fit jour dans un conduit biliaire.

Dans les observations de Lancereaux on en trouve

deux (obs. XXII et XXV de son ouvrage) où cette communication avec les conduits biliaires est nettement indiquée.

R. Marie compare les cavernes biliaires trouvées dans deux foies syphylitiques aux cavernes biliaires tuberculeuses.

M. Bensaude et M. Ménétrier relatent des faits analogues.

MM. Courcoux et Ribadeau-Dumas après examen microscopique de cas de ce genre déclarent qu'indépendamment des cavernes produites par l'extension progressive et la nécrose des gommes plus ou moins volumineuses qui s'ouvrent dans les canaux biliaires contigus, la syphilis peut aussi produire des lésions primitivement localisées dans les parois des canaux biliaires constituant ainsi une véritable *angiocholite syphilitique*.

Gomme primitive du foie ou angiocholite gommeuse propagée au foie, laquelle est l'origine des cavernes biliaires syphilitiques ? C'est aussi la question qu'examine M. Brault dans une communication à l'Académie au sujet de son observation rapportée plus loin. Nous lui laissons la parole.

« Les observations sont peu nombreuses et peut-être encore insuffisantes pour trancher la question de savoir si la production de ces cavernes résulte d'une affinité spéciale de la syphilis pour les voies biliaires ou ne constitue qu'une lésion purement accidentelle.

« Nous pensons que cette deuxième hypothèse est la vraie. Voici pour quels motifs. Les gommes con-

fluentes du foie chez l'adulte s'accroissent à leur périphérie par l'adjonction à la masse principale de produits inflammatoires bientôt nécrosés dont la marche est progressivement centrifuge. Pendant cet envahissement en tache d'huile elles rencontrent quelquefois des vaisseaux biliaires d'un certain calibre.

« Fortuitement, quelques-uns de ces canaux ménagés par le processus destructeur retiennent dans leur cavité distendue la bile et les sables biliaires. A un degré de plus les cavernes sont constituées. Mais la production de ces cavernes est si rare comparativement à la fréquence des gommes, qu'il est difficile d'accepter avec certains auteurs qu'elles puissent être la conséquence d'une action élective de la syphilis sur les voies biliaires. La vérité, c'est que les canaux biliaires sont attaqués à leur périphérie, la plupart se laissent oblitérer et se trouvent perdus dans le tissu de nécrose ; quelques-uns par exception subsistent à l'état de cavités surdistendues remplies de bile. Le mécanisme est bien différent de celui que l'on invoque pour la distribution de la tuberculose granulique dont les granulations trop fines peuvent s'échelonner sur les canaux biliaires et réaliser une angiocholite d'un type particulier. Pareille répartition n'a pas été retrouvée même dans les formes les plus disséminées de l'hérédo-syphilis infantile où les gommes miliaires cependant se rencontrent fréquemment. »

Ce qui est certain c'est que les cavernes biliaires sont rares et accidentielles dans la syphilis gommeuse

de l'adulte. Il s'en faut d'ailleurs de beaucoup qu'elles soient toujours sans intérêt clinique. « En effet, ces cavités ne restent pas toujours isolées dans la masse des gommes où elles ont pris naissance, elles peuvent, assez exceptionnellement, il est vrai, rester en communication avec des canaux biliaires toujours perméables et déverser leur contenu à l'extérieur, comme le démontre une observation récente de Bruhl et Lyon-Caen. » La caverne biliaire était ici en communication avec un pertuis diaphragmatique avec la cavité d'une gomme du poumon et s'accompagnait d'expectorations bilieuses.

La même communication de M. Brault se rapporte essentiellement à la dernière catégorie de faits dont il nous reste à dire un mot et dont elle constitue, à notre connaissance, l'exemple unique. Il s'agit de la tendance de la syphilis hépatique à franchir la capsule de Glisson et à se continuer au delà du foie par une infiltration des tissus qui peut diffuser dans plusieurs directions. En l'espèce, l'infiltration avait englobé complètement la surrénale qu'elle séparait du rein. Le pôle supérieur du rein était infiltré ainsi qu'une partie de la tête du pancréas, la veine cave et l'aorte étaient entourés par une demi-gouttière. Les vastes dimensions de cette infiltration, sa consistance lui donnaient à première vue l'aspect d'une tumeur, et cependant le microscope démontra qu'il s'agissait de syphilis. En présence d'un fait de ce genre, il semble bien qu'il faille admettre au foie à côté des gommes nodulaires bien limitées, des infil-

trats diffus comparables à ceux que l'on rencontre dans d'autres organes où ils forment parfois des types cliniques bien individualisés, tels que le syphilome diffus des lèvres, la cellulite pelvienne syphilitique décrite par M. Fournier, etc.

On conçoit que la propagation d'un pareil syphilome puisse se faire dans de nombreuses directions, et, ainsi des cancers biliaires peuvent éventuellement être mis en communication avec des cavités naturelles ou pathologiques de l'abdomen et du thorax. C'est à un fait de cet ordre que se rapporte l'observation précitée de Bruhl et Lyon-Caen où la propagation se fit vers le haut, établissant ainsi une communication entre une caverne biliaire syphilitique et une gomme du poumon avec fistule broncho-biliaire consécutive.

ÉTUDE CLINIQUE

L'histoire clinique des gommes syphilitiques du foie est pleine de lacunes et d'incertitudes.

D'abord, pour l'une au moins des formes anatomiques, la *forme gommeuse pure*, les symptômes peuvent être nuls. La gomme, isolée du parenchyme hépatique par sa capsule, n'entrave en rien les fonctions du foie ; elle ne provoque ni douleur, ni ascite, ni ictère. Ce n'est que par un hasard d'autopsie que l'on constate son existence.

La *forme scléro-gommeuse* elle-même peut demeurer latente. Chauffard en cite deux cas, l'un concerne un jeune homme mourant d'angine diphtérique, et atteint de syphilis hépatique héréditaire vraisemblablement tardive, l'autre un homme mourant d'urémie par sclérose rénale ; dans les deux la syphilis scléro-gommeuse du foie était typique.

D'autres fois la gomme se révèle par une des complications que nous signalerons plus loin, et que rien ne permet de rapporter à sa cause.

Cependant ce diagnostic a été maintes fois porté, les observations récentes que nous rapportons en témoignent (Milian, Savy). Comme, d'autre part, il s'agit d'une lésion curable par un traitement appro-

prié, c'est une raison pour tâcher de fixer les traits de leur symptomatologie quand elle existe. Nous étudierons successivement, les *symptômes*, la *marche* et les *formes cliniques*.

1° *Symptômes*. — D'une manière générale les signes cliniques qui accompagnent les gommes syphilitiques du foie peuvent être divisées en deux catégories. Les uns, troubles fonctionnels et généraux, n'ont rien à voir avec la gomme proprement dite. Les autres, tirés de la sémiologie physique, pourront autoriser à songer à une gomme, mais ne sauraient jamais permettre de l'affirmer sans le concours des méthodes habituelles de diagnostic de la syphilis en général.

Le début se fait d'une façon variable ; il est, cela va de soi, toujours insidieux. Tantôt ce sont les phénomènes généraux qui attirent les premiers l'attention, affaiblissement, amaigrissement, déchéance organique que rien n'explique, tantôt c'est pour une ascite que le malade vient consulter. Ces phénomènes, le dernier surtout, ne relèvent pas à proprement parler de la gomme, mais plutôt de la cirrhose concomitante ; nous devrons cependant en dire quelques mots, car ils sont presque constants, souvent les premiers en date. Ce que nous savons de la coexistence fréquente de la sclérose et de la gomme permettait d'ailleurs de prévoir qu'il en serait ainsi.

Bien plus caractéristique est le début par la douleur ou par une tuméfaction de la région hépatique.

La *douleur* peut manquer (v. obs. de Savy),

mais le plus souvent elle existe d'une façon précoce. Dans sa forme habituelle c'est plutôt une gêne qu'une douleur véritable, le malade éprouve une sensation de pesanteur et de plénitude dans l'hypochondre droit. Cette douleur sourde qui existe spontanément se trouve augmentée par plusieurs facteurs, par les mouvements de flexion du tronc dans l'observation inédite que nous rapportons, par l'ingestion des aliments comme dans la gastralgie ou l'ulcère de l'estomac (obs. de Legueu). Il est rare que les douleurs soient extrêmement vives, presque intolérables (obs. de Hochenegg et Albert). Walsche parle d'une hépatalgie extrêmement intense survenant après les repas toutes les cinq à dix minutes et qui guérit en quatre jours par des frictions mercurielles. La plupart des auteurs sont d'accord pour rapporter la douleur de la périhépatite qui est de règle, en pareil cas (1). L'irradiation à l'épaule droite peut exister comme dans les autres maladies du foie.

L'examen méthodique de la région hépatique donne des renseignements très importants, mais extrêmement variables ; elle devra être faite avec un soin tout particulier, car, on le verra plus loin, les erreurs de diagnostic seront ici plus nombreuses que dans n'importe quelle autre affection du foie.

Les dimensions de l'organe varient suivant le type de syphilis hépatique auquel on a affaire. On

1. On sait d'ailleurs que la périhépatite peut entourer le foie d'une coque fibreuse très épaisse dans l'épaisseur de laquelle on a rencontré des gommes. (Neumann, *Société viennoise de Dermatologie*, 1893, p. 1326.)

sait, en effet, que la gomme peut exister dans toutes les formes du tertiarisme hépatique. Tantôt le foie est augmenté de volume, comme dans la forme hypertrophique de Gerhardt, tantôt il est petit. Le volume exprime, comme le dit Chauffard, la somme et la proportion relative des variations atrophiques et hypertrophiques isolées ou combinées. Mais ce qui est plus important que le volume, ce sont les changements de forme et de surface. Ils peuvent porter sur la surface de la glande qui au lieu de rester lisse et égale devient irrégulière et plus ou moins grenue ou bosselée (forme pseudo-cancéreuse de Gerhardt). Ils peuvent porter aussi sur le contour du foie et alors les déformations les plus diverses ont pu être notées (1) répondant aux divers types du foie ficelé. Parmi ces types, il en est un individualisé par Gerhardt sous le nom de *foie lobé* et caractérisé par une forme tout à fait irrégulière, de profondes échancrures, la formation de lobes mobiles aberrants, simulant des tumeurs d'autres organes, et qui, en clinique ont été pris pour tels.

Il n'est pas fréquent de rencontrer une gomme se présenter en quelque sorte isolément au clinicien comme dans l'observation de Savy et dans la nôtre. Il s'agissait alors d'une tuméfaction occupant la face antérieure de l'organe, facile à circonscrire par la

---

1. Biermer, *Ueber Syphilis der Leber und Milz* (Schweitz. *Zeitschr. f. Heilk.*, 1862, I, p. 119). — Frerichs, *Klinik der Leberkrankheiten*, t. II, p. 163.

palpation, dure, indolente ou légèrement sensible à la pression. Cet aspect qui est celui où les gommes du foie peuvent être le plus souvent reconnues est aussi le plus rare.

La situation topographique du foie n'est pas modifiée du fait des gommes, mais les adhérences très fréquentes ont pour effet d'entraver souvent sa mobilité ; il s'abaisse peu ou pas pendant les mouvements respiratoires. Ajoutons pourtant qu'une portion isolée du parenchyme peut simuler un foie flottant ou un lobe flottant.

Sa consistance est habituellement augmentée en raison de la cirrhose presque constante.

Sa sensibilité hépatique à la pression, sans être de règle, existe le plus souvent ; elle est fonctionde la périhépatite, et est alors superficielle, passagère ; mais il faut distinguer avec M. Chauffard une autre sensibilité, propre au parenchyme hépatique, qui est sourde et de siège plus profond.

L'auscultation pourra aussi révéler la périhépatite en faisant entendre des frottements.

L'*hypertrophie de la rate* est un fait communément observé. Elle constitue dans certains des cas un des traits les plus saillants du tableau (forme splénomégalique de Ménétrier). Il ne s'agit pas d'une petite augmentation de volume comparable à celle que l'on rencontre dans la cirrhose de Laënnec, mais d'une hypertrophie notable. Cette hypertrophie peut tenir à une gêne du système porte, mais elle est due le plus souvent au développement des gommes,

ou encore à la dégénérescence amyloïde, à une prolifération conjonctive intense, à la périsplénite. Elle possède en tout cas une haute valeur clinique, car elle permettra de faire le diagnostic avec le cancer du foie : on sait en effet que dans cette dernière affection la rate est presque toujours petite.

L'*ascite*, nous l'avons dit, ne fait pas partie essentielle du tableau clinique ; elle relève seulement d'altérations contemporaines de la gomme.

On la rencontre surtout dans les cas de foies cirrhotiques et multilobés, ou tout à fait à la période terminale de l'affection ; mais elle peut se montrer aussi bien avec un gros foie qu'avec un foie petit, car elle n'a pas seulement pour facteur la gêne de la circulation porte, mais aussi la périhépatite et la pachypéritonite plus ou moins généralisées. L'épanchement peut être assez abondant pour nécessiter une ou plusieurs ponctions.

Le liquide ressemble le plus souvent à celui de la cirrhose vulgaire ; Boix rapporte des cas d'ascites chyleuses et hémorragiques. On peut reconnaître comme spéciaux à l'ascite syphilitique les caractères suivants : apparition tardive, évolution particulière avec, souvent, allures subaiguës et poussées irrégulières de l'épanchement péritonéal, régression possible (caractères que l'on retrouve nettement dans le cas de Ménétrier).

La dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen étant fonction de la gêne dans la circulation porte il faut s'attendre à la voir absente ou, au contraire,

très marquée suivant les cas. Elle manque dans notre observation.

Les troubles digestifs n'ont rien de caractéristique : anorexies, nausées, vomissements, constipation. Notons cependant que l'appétit peut être conservé (cas de Ménétrier) que la constipation peut faire place à la diarrhée lorsqu'il existe de la dégénérescence amyloïde de l'intestin (Galvagni).

L'ictère, l'ictère vrai, orthopigmentaire, ne fait pas partie du tableau clinique du tertiarisme hépatique en général, réserve faite pour les complications que nous verrons plus loin et Rendu fait remarquer que cette absence d'ictère a une haute valeur diagnostique dans les maladies chroniques du foie. En revanche, l'ictère métapigmentaire, urobilinique est des plus communs ; la teinte jaune sale, terreuse des téguments est la règle.

Les *urines* sont diminuées de quantité. Cain a noté la moyenne entre 700 et 1000 grammes en dehors de toute affection cardiaque concomitante. Cet auteur note dans tous les cas une diminution considérable de l'urée (7 à 10 gr. par jour) ; nous la retrouvons dans tous les cas qui ont été publiés depuis. L'urobiline est constante et en notable quantité. L'albumine fait défaut sauf en cas de lésion rénale concomitante, dégénérescence amyloïde notamment. Galvagni considère la glycosurie alimentaire comme constante ; la lecture de plusieurs observations que nous rapportons montrera qu'il n'en est rien. L'élimination intermittente du bleu de

méthylène a été nettement constatée (Ménétrier). En somme, l'examen des urines ne montre rien qui soit directement en rapport avec l'existence de gommes : c'est le syndrome urinaire du tertiarisme hépatique en général traduisant l'insuffisance fonctionnelle du foie. On peut en dire autant de l'*examen du sang* en dehors des épisodes aigus ; il y a un certain degré d'anémie, mais celle-ci serait bien moins marquée que dans les gommes et la rate (Gerhardt) ; elle augmente s'il existe à distance des gommes suppurées et en cas de dégénérescence amyloïde.

Une tout autre importance nous paraît devoir être attachée à l'existence de la *fièvre*. Pendant une période de sa maladie, le malade de notre observation a eu chaque jour un accès de fièvre. Dans le cas de Milian, la température s'éleva jusqu'à 39 degrés et disparut par le traitement spécifique arsenical. A la suite de son observation cet auteur rappelle que la fièvre n'est pas rare lorsqu'on est en présence d'infiltrats gommeux importants alors même que ceux-ci ne sont pas ulcérés et ne peuvent être envahis par l'infection secondaire. Peut-être, en dehors de toute infection surajoutée, pulmonaire ou autre, y aurait-il là un signe que la cirrhose syphilitique pure serait incapable de produire.

Gerhardt rapporte le fait suivant :

Un jeune homme de constitution robuste offrait depuis des semaines une ascension thermique se produisant vers le soir comme chez un phtisique, ainsi qu'en témoignait la courbe

de la température. Les poumons furent trouvés indemnes, mais le foie, dur et volumineux, formait une saillie inégale et très prononcée sous le rebord costal droit. A gauche, sur le front, se trouvait une tumeur dure, de la grosseur d'une noisette, existant depuis longtemps, au dire du malade, et survenue pendant le service militaire par suite de la pression du casque. Une syphilis antérieure était probable, mais non démontrée. Institué immédiatement, le traitement mercuriel fit, en peu de jours, cesser la fièvre et disparaître la tumeur du front. Cette guérison, qui remonte à dix ans, s'est maintenue depuis lors.

Migliorato (1) ramène à trois les types de fièvre observés en pareil cas : *fièvre hectique*, *fièvre intermittente*, *fièvre typhoïde*.

Quant à la pathogénie elle n'est sans doute pas identique dans les divers cas. Elle peut être due à l'infection syphilitique elle-même, elle peut être due aussi à une infection surajoutée ; Riedel (2) a vu des gommes du foie ayant subi une fonte purulente ; leur envahissement par les pyogènes est donc possible par voie sanguine ou biliaire ; à ces faits appartiendraient la fièvre à forme typhoïde.

Il ne faut pas oublier enfin le rôle fonctionnel capital du foie dans la destruction des poisons de l'organisme, des ptomaïnes et des toxines ; toute atteinte portée à son intégrité peut retentir sur les

---

1. Migliorato, *Settimana medica della Sperimentale*, novembre 1898.
2. Cité par Gerhardt.

échanges organiques et l'on sait que des affections généralement apyrétiques, le cancer par exemple, peuvent produire, quand elles siègent dans le foie, des élévations de température. Quoi qu'il en soit, c'est en pareil cas le traitement pierre de touche qui paraît le meilleur critérium : à ce point de vue les deux types de fièvre hectique et intermittente paraissent plus spécialement liés à l'infection syphilitique elle-même.

L'état général peut demeurer longtemps satisfaisant, mais en l'absence du traitement et en dehors même de toute complication des signes de déchéance organique finissent toujours par se manifester. Ils peuvent être très précoces ; le malade de notre observation avait perdu l'appétit, pâli, perdu ses forces, il avait maigri de 12 kilos en trois mois. La peau est iridée, desséchée, plombée, l'innervation et le marasme peuvent être tels qu'on se croirait en présence de véritables cancéreux. Ce qu'il faut retenir c'est qu'une attention profonde de l'état général est un des traits les plus fréquents du tertiarisme hépatique en général.

2° *Evolution. Complications.* — L'évolution des gommes syphilitiques du foie ne saurait être précisée, car il s'en faut que les étapes cliniques de l'affection soient superposables à ses phases anatomiques.

Ce que l'on peut dire c'est que les gommes du foie, comme toutes les gommes profondes, ont une grande tendance à la résorption et à la cicatrisation, ten-

dance bien plus marquée que pour les gommes des régions superficielles du corps. La fréquence du foie scléro-gommeux comparativement aux autres formes de tertiarisme hépatique en témoigne.

Les gommes du foie peuvent guérir. Cette guérison est même la règle lorsque le malade est soumis au traitement spécifique. Nous y reviendrons.

Mais lorsqu'elles sont méconnues, chose fréquente, la cachexie et le marasme sont, en dehors même de toute complication, et seulement par les progrès de la lésion, l'aboutissant fatal de l'affection un peu ancienne, car à l'intoxication syphilitique s'ajoute le plus souvent l'insuffisance fonctionnelle du foie.

La mort par cachexie progressive est donc la règle quand d'autres accidents ne sont pas intervenus auparavant comme cause de mort.

Parmi ceux-ci nous signalerons : la péritonite, la suppuration des gommes du pharynx ou de la peau, la syphilis cérébrale, les infections pulmonaires, la dégénérescence amyloïde généralisée, etc. Signalons toutefois un accident bien connu dans les cirrhoses hépatiques et que nous retrouvons ici : les hémorragies gastro-intestinales. Litten (1) rapporte deux observations concernant, la première, une femme âgée, la seconde, un enfant de douze ans, morts tous deux d'hématémèse (la première pour la femme, la cinquième pour l'enfant). On trouva un foie lobé avec

1. Litten, *Deux Cas de Syphilis hépatique très graves (Berliner Medizinische Gesellschaft*, 19 décembre 1906).

de nombreuses gommes du foie et de la rate et avec des lésions de cirrhose. Les hématémèses provenaient de varices de l'œsophage.

L'ictère grave est encore une terminaison possible.

D'autres accidents relevant non plus de la nature même de la lésion, mais de son siège, peuvent être observés ; ils varient suivant ce dernier.

Klebs (cité par Chvostek) a observé la compression de la veine cave sous le foie. Ce cas est à rapprocher de celui de M. Brault où le syphilome entourait la veine cave et l'aorte, mais sans avoir toutefois déterminé de compression.

Dans le cas de Barth les veines sushépatiques étaient comprimées à leur embouchure dans la veine cave, il en était résulté une *ascite* considérable.

Chiari a vu une compression des voies biliaires ayant amené un *ictère vrai* avec décoloration des selles, distension des canalicules biliaires intrahépatiques et infiltration du parenchyme hépatique par la bile. Virchow, Lancereaux avaient signalé des faits de ce genre.

Il nous reste enfin à parler des accidents dus à l'élimination des gommes et à la production des cavernes biliaires dont nous avons vu la pathogénie.

Que l'on admette ou non avec MM. Courcoux et Ribadeau-Dumas l'existence d'une angiocholite syphilitique, il n'en est pas moins certain que la communication d'une caverne gommeuse avec les voies biliaires est susceptible, dans certains cas, à

l'occasion de l'élimination de produits gommeux par exemple, de se traduire par des manifestations cliniques.

Ces auteurs rapportent quelques observations de Riedel et de Lielenthal que nous reproduisons plus loin.

Ces faits sont encore peu connus et mal étudiés, nous nous bornons ici à rapporter, sans les discuter, les conclusions des auteurs précités. D'après eux, les accidents se présenteraient le plus fréquemment sous la forme de cholécystite sans ictère.

Des crises douloureuses extrêmement violentes surviennent dans l'hypochondre droit avec irradiation dans l'épaule et dans le dos accompagnées de fièvre et de vomissements abondants. Ces crises durent trois ou quatre jours, puis cessent peu à peu ; elles peuvent revenir à intervalles assez réguliers.

En présence de ces symptômes on pense le plus souvent à une crise de lithiase biliaire, ou à une appendicite larvée ou à une infection secondaire du foie. L'intervention chirurgicale permit de constater dans plusieurs cas qu'il s'agissait de syphilis hépatique avec gommes et périhépatite localisée au niveau des voies biliaires. Un traitement syphilitique institué amena la guérison.

Une éventualité rare est l'ouverture de la gomme hépatique dans le poumon comme dans le cas de MM. Bruhl et Lyon-Caen. La fistule broncho-biliaire ainsi constituée s'était accompagnée d'accidents broncho-pulmonaires avec expectoration bilieuse.

Il faut retenir également dans leur observation ce fait qu'il existait une caverne biliaire sous-phrénique et que la malade avait présenté un an auparavant une crise douloureuse ayant simulé la colique hépatique, avec subictère, mais avec selles bilieuses ce qui permettrait peut-être de rapprocher ce cas de ceux que nous avons signalés en dernier lieu. Les mêmes auteurs citent un cas d'expectoration bilieuse par gomme du foie de Macdonald (1) et deux cas de gommes du foie ouvertes dans le poumon, l'un de Delépine et Sisley (2), l'autre de Galvagni (3).

3° *Formes cliniques.* — De tout ce qui précède, il ressort que les gommes syphilitiques du foie peuvent revêtir en clinique des aspects très divers dont bien peu d'ailleurs sont caractéristiques. Pour mettre de l'ordre dans tous ces faits on ne peut songer évidemment à prendre pour base un de leurs caractères considéré isolément.

Au contraire, si l'on veut bien envisager pour chacun d'eux l'ensemble de son histoire à la fois anatomique et clinique, on peut, croyons-nous, les faire rentrer dans l'une des formes suivantes :

I. — *Localisation hépatique d'une syphilis maligne plus ou moins généralisée.* En voici un exemple dû à Roque et Jambon (4), gommes de l'iris, de la

1. Macdonald, *Lancet*, nov. 1890.
2. Delépine et Sisley, *Semaine médicale*, 1890, p. 413.
3. Galvagni, *Clinica moderna*, 23 avril 1900.
4. Roque et Jambon, *Syphilis tertiaire maligne à Déterminations gommeuses multiples* (Société médicale des Hôpitaux de Lyon, 26 février 1907).

paupière, du diaphragme, *du foie* et du poumon, état général grave, évolution rapide, mort de syphilis pulmonaire. Ici la détermination hépatique de l'infection syphilitique est perdue au milieu des autres manifestations et n'a plus qu'un intérêt clinique accessoire.

II. — *Forme latente*. C'est une trouvaille d'autopsie, pas d'histoire clinique.

III. — *Forme gommeuse pure*, dans laquelle le foie paraît intact cliniquement, mais dont il faut distinguer deux types suivant la manière dont la gomme révèlera sa présence. L'un à *siège apparent* où la tuméfaction se perçoit aisément à la face antérieure de l'organe (tel est le cas de Savy et le nôtre). L'autre à *siège profond*, comprend tous les cas où la tumeur comprime un organe important (voies biliaires, veine porte) et traduit d'emblée sa présence par un symptôme (ictère, ascite) que rien n'explique ou qui égare aussitôt le diagnostic. A dire vrai, ces formes sont rarement pures, car elles coexistent le plus souvent avec les hépatites interstitielles syphilitiques, *gros foie syphilitique de Gerhardt*, *cirrhose syphilitique hypertrophique splénomégalique* comme dans le cas de Ménétrier. Entre elles et les suivants existent tous les intermédiaires.

IV. — *Foie scléro-gommeux*. C'est la forme classique du tertiarisme hépatique avec ses multiples aspects comprenant la *forme pseudo-cancéreuse de Gerhardt* avec une surface hérissée d'inégalités indurées, le *foie ficelé* ou le *foie lobé* avec ses vastes

échancrures et ses lobes mobiles simulant des tumeurs. C'est lui que nous avons eu en vue dans notre description.

V. — *Le syphilome diffus*, à point de départ hépatique et envahissant les organes voisins (v. obs. de Brault) ; il n'a pas d'histoire clinique.

VI. — *Cavernes biliaires syphilitiques* dues au ramollissement et à l'ouverture des gommes et accompagnées soit de fistule broncho-biliaire avec expectoration bilieuse, soit d'un syndrome de cholicystite ou de colique hépatique. Nous n'ajouterons rien à ce qui en a été dit plus haut.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des gommes syphilitiques du foie est entouré la plupart du temps de difficultés nombreuses.

Les erreurs de diagnostic ne se comptent plus. Des mémoires entiers leur ont été consacrés (Stewen, Cuneston). La difficulté est double. Tantôt, c'est le cas habituel, la nature syphilitique de la lésion est méconnue ; sur les 27 cas rapportés par Cumeston, 3 seulement ont donné lieu à un diagnostic exact, les 24 autres ont été pris pour des tumeurs ; nous rapporterons plus loin des erreurs de ce genre. Tantôt, le malade étant ou non reconnu syphilitique, on rattache à la syphilis des lésions qui n'en sont pas, tels qu'un kyste hydatique, un anévrisme de l'artère pancréatico-duodénale (Lacombe). Dans une revue critique, Boix considère que toutes les observations de syphilis hépatique sauf deux, rapportées dans la thèse de Caire, sont des erreurs de diagnostic.

Rien de tout cela ne doit nous étonner, car nous avons vu que les gommes du foie ne donnaient lieu à aucun signe pathognomonique.

Le clinicien devra toujours avoir présent à l'esprit les deux principes suivants formulés par Hudelo :

1° Chez un syphilitique, tout état cachectique insidieux doit faire soupçonner une lésion viscérale ;

2° Toute affection chronique du foie à allure équivoque doit faire songer à la syphilis.

Il faudra donc, d'une part, chercher à établir l'existence de la syphilis et d'autre part pratiquer un examen minutieux du foie.

On recherchera si le malade n'a pas eu autrefois la syphilis ; s'il n'est pas porteur d'accidents cutanés ou d'anciennes cicatrices de vérole. On n'oubliera pas non plus les stigmates d'hérédo-syphilis, la triade de Hutchinson (lésions dentaires, lésions oculaires, lésions de l'appareil auditif), les déformations osseuses des membres ou du crâne, les cicatrices cutanées lombo-fessières, le nez en lorgnette; d'autres fois c'est l'arrêt du développement physique, l'infantilisme, l'atrophie testiculaire, etc. Mais il faut bien savoir que certaines syphilis n'ont laissé aucune trace et sont *complètement ignorées*. Il ne faut pas oublier non plus que l'existence avérée de la syphilis chez un malade n'implique pas nécessairement la nature syphilitique de la lésion ; témoin le cas de Gerhardt : deux époux viennent le consulter ayant tous deux le foie volumineux et indolent : chez le mari il s'agissait de gommes, chez la femme d'échinocoques, et tous deux ont guéri, celui-là par des frictions mercurielles, celle-ci par une incision.

Il va de soi que l'examen du foie est capital et indispensable pour le *diagnostic différentiel*.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des syphilis

hépatiques à gros foie lisse avec ou sans ictère et dont le diagnostic se rattache à celui des cirrhoses et des splénomégalies. C'est presque toujours avec des *tumeurs* que les gommes du foie et le foie ficelé ont été confondus : tumeur du rein (obs. VII de Bastianelli) tumeur de l'épiploon (obs. VIII de Legueu), kyste hydatique de la rate (obs. VI de Letulle). Il faut donc tout d'abord établir le siège hépatique de la tumeur que l'on reconnaîtra à sa matité continue avec la matité hépatique et à ses mouvements d'élévation et d'abaissement synchromes aux mouvements respiratoires. Mais on sait que ces caractères peuvent faire défaut tant du fait des adhérences que de l'existence d'une portion de parenchyme hépatique pédiculée et semblant ainsi isolée du reste de l'organe.

C'est pourquoi il faudra toujours pratiquer un examen aussi complet que possible des organes du voisinage. C'est dans de semblables conditions que des laparotomies exploratrices ont même été pratiquées (Legueu).

Lorsque le siège hépatique de la tumeur est bien établi, les affections qui prêtent le plus à confusion sont le *cancer nodulaire* et le *kyste hydatique*. Les signes propres de ces deux affections, la recherche d'un cancer du voisinage aideront au diagnostic. Gerhardt insiste sur l'absence de grosse rate en faveur du cancer. La réaction de Veinberg sera recherchée pour l'échinococcose.

La douleur, la voussure, la fièvre, pourront faire songer à un *abcès du foie*, mais l'erreur ne sera pas

de longue durée. Il en sera de même pour la *péritonite tuberculeuse*. *Le foie ficelé tuberculeux* de Hanot et Lanth se distingue par une température élevée et une marche extrêmement rapide.

Lorsqu'une gomme isolée ne traduit sa présence que par un accident de compression, *ictère, ascite*, le diagnostic ne pourra se faire que par exclusion ; il sera la plupart du temps impossible. C'est dans ces cas surtout que le *traitement d'épreuve* devra intervenir, il sera mixte, intensif et prolongé.

Le syphilome diffus avec prolongements extra-hépatiques ne peut être diagnostiqué. Quant aux accidents qui accompagnent l'ouverture des gommes et l'existence des cavernes biliaires, on n'affirmera leur origine qu'avec leurs plus grandes réserves et jamais en l'absence de la notion de syphilis nettement établie.

La *radioscopie* a été appliquée au diagnostic de la tumeur hépatique dans des cas de gomme (Milian, Brühl et Lyon-Caen). Elle ne saurait rien donner en dehors de la notion même de tumeur.

Bien plus intéressants sont les résultats fournis par les méthodes récentes de laboratoire et spécialement *la séro-réaction de Wassermann*.

Elle a été appliquée au diagnostic de la cirrhose par Esmein et Parvu (1) qui concluent que la réaction doit être recherchée de préférence dans le liquide d'ascite, mais elle n'a pas été, à notre con-

---

1. Esmein et Parvu. *Soc. de Biol.*, 1909, p. 159.

naissance, appliquée au diagnostic des gommes proprement dites non accompagnées d'ascite, comme c'était le cas dans l'observation inédite que nous relatons. Ici elle fut positive et vint indiquer la nature syphilitique de la lésion que les symptômes avaient fait soupçonner et que l'efficacité du traitement confirma.

La réaction de Wossermann paraît donc appelée à rendre de grands services dans les cas douteux.

Levaditi (1), dans une revue importante, montre tout l'intérêt qu'on en peut tirer pour dépister les lésions viscérales spécifiques. MM. Gaucher, Paris et Sabaréanu (2) la considèrent également comme un bon procédé de diagnostic quand la réaction est positive ; par contre, une réaction négative n'indique pas que le malade n'est pas syphilitique.

En cas de diagnostic clinique hésitant, un chirurgien ne devra donc plus intervenir avant d'en connaître les résultats.

---

1. Levaditi. *Les nouveaux moyens de diagnostic microbiologiques et sérologiques de la syphilis* (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1909, pp. 119, 187, 259). Levaditi et Latapie, *Presse médicale*, 1910, n° 31.

2. Gaucher, Paris, Sabaréanu (Société Médicale des Hôpitaux, 11 février 1910.)

PRONOSTIC

Le pronostic des gommes syphilitiques du foie est d'abord celui des gommes en général dont la présence indique une syphilis mal éteinte et capable de bien d'autres méfaits.

Comme lésion locale, la gomme étant curable, est de peu de gravité réserve faite des accidents de compression et de l'ouverture dans les poumons. Ce sont *les lésions de cirrhose qui priment tout.*

Le pronostic sera essentiellement subordonné au degré de l'insuffisance hépatique, à la dégénérescence amyloïde, à l'existence de lésions viscérales concomitantes, et surtout à la précocité du traitement. Il faudra tenir compte aussi de l'état général.

Le processus de guérison par cicatrisation peut, par rétraction inodulaire, amener quelquefois des complications par tiraillement des organes voisins, mais il n'y a jamais eu, de ce chef d'accidents importants.

Récemment, M. Letulle (1), vient de montrer l'existence d'un cancer trabéculaire du foie développé au contact de cicatrices mutilantes sclérogommeuses anciennes chez un hérédo-syphilitique âgé de vingt et un ans.

1. Letulle, *Société anatomique*, 1909, p. 755.

TRAITEMENT

Le traitement des gommes syphilitiques du foie est le traitement *mixte*, *intensif* et *prolongé*.

Mercure et iodure devront être administrés simultanément. On emploiera de préférence soit les frictions mercurielles soit les injections de sels solubles.

Il va de soi que le régime habituel des affections hépatiques sera institué, nous n'y insistons pas.

Quant au traitement chirurgical, il n'a été mis en œuvre qu'après des erreurs de diagnostic, et il est vraisemblable que les succès qui lui ont succédé auraient été les mêmes par le traitement spécifique seul, il est donc à rejeter.

Tout récemment M. Milian a appliqué dans un cas de gommes multiples, dont une volumineuse gomme du foie, un nouveau médicament arsenical, introduit dans la thérapeutique par MM. Balzer et Mouneyrat (1), l'hectine. Les doses ont été de 10 centigrammes en moyenne, quelquefois 15 et 20. La dose totale en quinze jours a été de 1 gr. 95. Après huit jours de repos, nouvelle série de 0 gr. 10, soit 1 gr. 50 au total.

1. Balzer et Mouneyrat, *Traitement de la syphilis par un nouveau dérivé arsenical, le benzosulfone paramino-phérylarsinate de soude* (Société Médicale des Hôpitaux, 4 juin 1909).

Les résultats tant au point de la guérison de la gomme cutanée que de l'amélioration de l'état général, ont été des plus nets. Les quelques phénomènes d'intolérance observés (céphalée, hyperesthésie cutanée, chaleur du visage, épistaxis) ont cédé immédiatement par la suspension du médicament.

Etant donné, d'autre part, que la médication fut parfaitement supportée malgré le foie malade, la rate hypertrophiée et une légère albuminurie, on doit conclure que l'hectine peut prendre place à côté des mercuriaux dans le traitement de la syphilis et du tertiarisme hépatique en particulier. Il y aura lieu seulement de se préoccuper de l'état des yeux et du nerf optique, en raison de sa susceptibilité à l'égard des arsenicaux. La dose moyenne sera de 10 centigrammes par injection sous-cutanée quotidienne, la dose totale de la cure de 2 à 3 grammes (1).

---

1. Balzer, *Posologie de l'Hectine* (*Presse médicale*, 1910, n° 31.)

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Ozenne)

Syphilis ignorée. — Gomme isolée du foie d'un diagnostic incertain. — Réaction de Wassermann positive. — Guérison par le traitement antisyphilitique.

X..., quarante-deux ans, concierge. Habite Paris depuis une vingtaine d'années.

Père mort du diabète. Mère vivante. Plusieurs frères en bonne santé. A l'âge de onze ans ce malade avait eu pendant plusieurs mois des accès de fièvre intermittente qui ne se sont pas renouvelés. Pas de signes apparents de maladie constitutionnelle. Syphilis niée ou ignorée. Toutefois, deux ans après son mariage, remontant à douze ans, sa femme a fait une fausse couche de deux mois sans cause connue : depuis cette époque, elle n'a pas eu de grossesses.

En décembre 1908, X... a commencé à éprouver une sensation de gêne et de tiraillement à la région hypochondriaque droite, se montrant surtout à la suite d'efforts ou de flexion du tronc. Au mois de janvier, il sentit lui-même une grosseur dure au-dessous des fausses côtes.

Dans les trois mois qui suivirent, ces accidents locaux s'accentuèrent, ce qui se manifesta par une tension plus prononcée de la région et une sensation presque continue de plénitude, accompagnée de quelques douleurs intermittentes. Vers la même époque il aurait eu, chaque matin, assure-t-il, un accès de fièvre avec frissons, disparaissant vers midi, et dans le reste de la journée, souvent des sueurs abondantes et un besoin de dormir. En même temps, il a commencé à avoir peu d'appétit et à perdre ses forces. En quelques semaines, il aurait notablement maigri.

Cet état de déchéance persista pendant trois mois, pendant lesquels l'amaigrissement (12 kilos furent perdus) et l'affaiblissement se prononcèrent de plus en plus. Toutefois, bien que la marche et les efforts fussent pénibles, le malade ne se trouva pas dans l'obligation de s'arrêter.

23 juillet 1909. — Il se décide à consulter. On note alors l'état suivant : amaigrissement très notable ; teint ni cireux ni jaunâtre, mais terreux, muqueuses pâles, langue saburrale. Pas de constipation, selles colorées, urines claires, normales, sauf une diminution de l'urée. Pouls lent (58). Pas de fièvre, les accès auraient disparu spontanément depuis plusieurs semaines.

Poumons et cœur normaux.

Rate un peu tuméfiée et sensible.

Estomac dilaté. Inappétence continue.

Pas de signes de lésions des voies biliaires. Pas d'ictère. Pas de circulation collatérale. Pas d'ascite.

Hypochondre droit. — Téguments sans dilatation veineuse. Le volume du foie est à peu près normal. Voussure manifeste localisée au-dessous des fausses côtes et à droite de

la ligne médiane. A la palpation, on perçoit à ce niveau une tuméfaction dure, mate, régulière, arrondie et un peu sensible. Elle occupe la face antérieure du lobe droit du foie dont elle suit les mouvements. Son volume est celui d'une moitié d'orange qui serait plaquée sur la face antérieure de l'organe, sans en dépasser le bord inférieur qui a conservé sa régularité.

Réflexes normaux. Rien à noter du côté des autres organes. En présence des signes généraux et locaux relevés dans les antécédents et l'état du malade, on pouvait penser à l'existence d'un néoplasme, d'un kyste hydatique ou d'une gomme du foie. Cependant, contre le néoplasme et le kyste, il était possible d'invoquer l'absence de signes sinon certains, du moins probables, qui font incliner vers l'un ou l'autre de ces diagnostics ; et l'ensemble des symptômes locaux et généraux assez mal définis devait plutôt faire songer à la possibilité d'une gomme, quoique dans les antécédents, rien n'indique que le malade fut un syphilitique.

Le diagnostic restait hésitant, il était indiqué d'avoir recours aux méthodes de laboratoire. La réaction de Wassermann fut positive. Il y avait donc lieu de prescrire le traitement antisyphilitique. Pour plusieurs raisons, les frictions à l'onguent napolitain ou les injections intra-musculaires d'un agent mercuriel, que leur action ordinairement plus efficace recommandait, ne purent être mises en pratique. On administre alors le sirop de Gibert à la dose d'une cuillerée à potage matin et soir. Ce traitement fut suivi pendant deux mois avec une interruption de huit jours à la fin de la quatrième semaine.

15 octobre. — La saillie hépatique qui était du volume

d'une grosse mandarine a diminué de plus de moitié ; son relief tend à s'aplatir ; elle a conservé sa consistance ferme, mais elle semble s'extérioriser moins du foie. Les sensations de gêne et de tiraillement dont se plaignait le malade avant le traitement ont disparu et aucun effort, aucun mouvement ne les réveille.

De plus, l'état général s'est très amélioré. Le facies a repris une légère teinte rosée, l'expression du visage est moins morne, l'appétit est recouvré et les forces sont revenues au point que X..., semble, dit-il, n'être plus malade.

On fait continuer le même traitement pendant deux mois avec interruption de huit jours entre les deux mois.

27 décembre. — Pendant ces deux derniers mois, l'amélioration a continué. Le malade a recouvré sa santé normale et il a augmenté de 3 kilos. Localement la tuméfaction hépatique a presque complètement disparu : en un point seulement au-dessus du bord inférieur du foie, on sent encore un petit noyau dur dont on peut évoluer le volume à celui d'une aveline. C'est presque la guérison qui sera à peu près sûrement obtenue en continuant le traitement pendant quelques semaines.

OBSERVATION II

Paul Savy. — *Un cas de gomme isolée du foie diagnostiquée pendant la vie* (*Annales de Dermat. et Syphil.*, 1909, p. 923).

Jeanne R..., âgée de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Pothin en mai 1904 pour une faiblesse générale. Célibataire, elle aurait eu un enfant il y a cinq ans. Elle avoue avoir été

traitée en 1901 à la Clinique de l'Antiquaille pour un chancre syphilitique suivi d'accidents secondaires bien caractérisés, mais depuis sa sortie de l'hôpital, elle n'a suivi aucun traitement.

Depuis quelques mois, elle a pâli, maigri, perdu ses forces; elle tousse, mais n'expectore pas. Jamais de pleurésie ni d'hémoptysie ; néanmoins on suspecte chez elle la tuberculose, car une de ses sœurs et son frère ont succombé à cette affection. On constate effectivement une submatité nette au sommet droit et une obscurité respiratoire complète à ce niveau, sans râles.

En outre, en explorant systématiquement les divers appareils, on a l'attention attirée par une *tuméfaction très nette située immédiatement au-dessous des dernières côtes droites*, presque au contact de la ligne médiane.

La malade elle-même ne s'était pas aperçue de la présence de cette tumeur qui ne la faisait souffrir aucunement. On peut en effet examiner à loisir cette néoformation qui n'est pas douloureuse à la palpation. Elle atteint le volume d'un œuf de poule. Elle est très dure, non fluctuante et semble appartenir à la partie interne du lobe droit du foie. Néanmoins le foie ne paraît pas autrement hypertrophié. On ne parvient pas à accrocher son bord au dessous des fausses côtes et la percussion ne révèle pas de notable augmentation de la matité normale.

Il n'y a absolument aucune trace d'ascite ni de circulation complémentaire. L'abdomen est souple et d'apparence normale. Absence complète d'ictère. Pas d'albumine dans les urines. Température à peu près normale 37°9.

En présence de ces signes, on porte le diagnostic de tuber-

culose pulmonaire au début, et, en raison des antécédents syphilitiques de la malade, on considère la tuméfaction épigastrique comme une gomme isolée du foie sans aucun retentissement sur l'organisme en général.

Le traitement mixte est institué (pilules, iodure), mais la malade demande à partir quelques jours après son entrée et on ne constaste pas de modification appréciable du côté de la tumeur. Elle promit de continuer son traitement chez elle et de revenir à l'hôpital au bout de quelque temps.

Un an se passa sans que la malade donnât de ses nouvelles. Le hasard voulut que sa sœur, infirmière à l'hôpital de la Croix-Rousse, sachant que je l'avais soignée l'année dernière, m'avertit de son état qui s'était un peu aggravé en raison, disait-elle, de sa vie irrégulière et d'une grossesse récente de trois mois. Je la fis revenir et c'est dans le courant de l'été 1905 que je revis la malade. Je constatai alors la disparition complète de la tumeur hépatique. Le foie paraissait normal. En revanche les signes pulmonaires s'accentuaient, la malade était, en outre, enceinte de trois mois environ.

Le 13 février 1907, M. le professeur Tripier dont j'étais alors le préparateur faisait son cours d'anatomie pathologique à l'Hôtel-Dieu sur un sujet mort la veille à la clinique du professeur Boudet. Au moment de commencer l'autopsie je reconnus dans le cadavre celui de la malade que j'avais perdue de vue depuis deux ans et je prévins M. Tripier qu'il trouverait probablement des traces des gommes dans le parenchyme hépatique, ce qui ne fut pas sans l'étonner, car l'observation prise à la clinique du professeur Boudet portait simplement qu'elle avait succombé à des lésions de

tuberculose cavitaire des deux poumons. Du reste, en palpant le cadavre, on ne retrouvait aucune modification du côté de l'abdomen : ni gros foie, ni tumeur, ni circulation complémentaire, ni ascite.

A l'ouverture de l'abdomen, le foie ne présente rien de bien spécial, il pèse 1.230 grammes, il est assez dur et un peu pâle, sans dépression profonde comme dans le foie ficelé. On incise le parenchyme et après plusieurs sections infructueuses on finit par tomber sur une petite zone blanchâtre, du volume d'une pièce de 2 francs, située à la partie interne du lobe droit en plein parenchyme et tout près du bord antérieur.

L'aspect de ce nodule mortifié et jaunâtre est absolument caractéristique ; il ne s'agit sûrement pas d'un tubercule, c'est l'aspect classique d'une gomme du foie en régression. L'examen histologique pratiqué par le professeur Tripier fut du reste absolument confirmatif. Le reste du parenchyme hépatique présentait histologiquement des traces de sclérose diffuse avec surcharge graisseuse des cellules, l'aspect en somme qu'on rencontre si fréquemment dans le foie des tuberculeux. On trouve effectivement sur le cadavre, outre des ulcérations intestinales et tuberculeuses, des lésions de tuberculose pulmonaire ulcéreuse très étendues.

OBSERVATION III

A. Brault. — *Sur quelques variétés rares de syphilis hépatique* (Académie de Médecine, 3 mai 1910.)

L'observation clinique ne présente rien de saillant. Elle concerne une femme de cinquante-quatre ans n'ayant pu

fournir sur sa maladie aucun renseignement utile et qui présenta pendant plusieurs mois les signes d'une cirrhose dont l'origine fut toujours indéterminée.

A la suite d'une période de dyspepsie assez longue, l'appétit s'affaiblit peu à peu pour aboutir à une véritable indifférence alimentaire. Cependant l'abdomen augmentait de volume, et l'ascite, une fois constituée ne rétrocéda plus. La circulation supplémentaire était excessivement développée. De nombreuses ponctions permirent d'explorer le foie et de s'assurer que, malgré ses faibles dimensions il était légèrement abaissé, mais plus dense et plus dur qu'à l'état normal. A aucun moment on ne constata d'ictère, d'albuminurie ou de glycosurie. La mort survint sans que l'affection ait présenté le moindre répit.

Aucun signe, nous l'avons dit, ne permit de soupçonner chez cette femme l'existence de la syphilis et d'instituer le traitement hydrargyrique qui aurait pu avoir une action efficace sur l'évolution de la maladie ou tout au moins sur la reproduction de l'ascite ainsi qu'en témoignent de nombreuses observations.

A l'autopsie, le foie du poids de 1.300 grammes apparaît légèrement granuleux. Il se montrait sillonné de profondes incisures et de cicatrices en étoile, aussi bien sur le lobe gauche que sur le lobe droit. Dans son ensemble, il correspondait à la description du foie ficelé.

Mais en plus, la partie supérieure de l'organe était envahie par des gommes confluentes de dimensions considérables. Ces productions contournaient le bord postérieur du foie et se reliaient à une vaste infiltration rétrohépatique. Son étendue faisait immédiatement songer à un vaste sarcome.

Sa partie supérieure était entièrement recouverte par le foie.

Sa partie inférieure et externe avait envahi le pôle supérieur du rein droit. En dedans, l'infiltration atteignait le duodénum et la tête du pancréas, en bas, et vers la même ligne elle occupait le tissu cellulaire jusqu'à la colonne vertébrale engainant l'aorte et les vaisseaux de la région et leur formant une demi-gouttière, mais sans les oblitérer.

Les dimensions de cette masse pouvaient être évaluées en hauteur et suivant les points de 25 à 35 centimètres, et dans le sens transversal de 10 à 15.

Si la nature des gommes du foie n'avait pas été immédiatement reconnue, l'idée d'un véritable néoplasme eût été seule plausible et l'on aurait été amené à en rechercher l'origine dans le tissu cellulaire périrénal ou rétrohépatique. Le volume considérable de la tumeur, entièrement homogène d'aspect, d'une dureté ligneuse, d'une coloration gris rosé très différente de celle des gommes du foie, eût légitimé une semblable opinion.

Mais, en tenant compte de l'existence incontestable de gommes dans le foie, la question se posait autrement. Seul l'examen histologique pouvait trancher ce point de diagnostic. Il démontra que dans toute son étendue la tumeur était constituée par des masses caséeuses encerclées de tissu fibroïde, dont les éléments eux-mêmes se coloraient mal et présentaient ces contours indécis qu'on est accoutumé de voir dans les produits de la syphilis infiltrée.

Cette infiltration avait réalisé une dissection assez curieuse séparant par un intervalle de plusieurs centimètres la capsule surrénale droite du rein correspondant. Peu augmentée de volume, mais renfermant aussi de petites productions

gommeuses, la surrénale était reconnaissable à sa forme en Y.

Sur une coupe longitudinale elle apparaissait complètement noyée dans le centre du syphilome et sans structure apparente, comme si elle avait été surprise par l'infiltration et nécrosée sur place.

Le pôle supérieur du rein présentait une modification de même ordre ainsi qu'une partie de la tête du pancréas.

De cette disposition générale on pouvait affirmer que la capsule surrénale n'aurait pas été le point de départ de l'infiltration spécifique. Celle-ci, partie de la face inférieure du foie, s'était d'abord insinuée entre le rein et la capsule pour les envahir ultérieurement.

La marche extensive de l'affection s'était ensuite portée en dedans vers le duodénum et le pancréas ; enfin elle était venue se terminer au-devant de la colonne vertébrale en un prolongement qui allait en s'amincissant...

Bien que la recherche des tréponènes ait été négative, il n'existe aucun doute sur la nature de l'affection.

Du côté du foie, les gommes confluentes présentaient aussi quelques particularités du plus haut intérêt. Plusieurs d'entre elles contenaient des *cavernes biliaires* très apparentes.

OBSERVATION IV (Résumée)

Ménétrier.— *Foie syphilitique.— Gommes et cirrhose avec hypersplénomégalie* (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1900, p. 766).

Femme de quarante-six ans, entre à l'hôpital le 25 août 1899 pour une affection dont le début paraît remonter à

plusieurs années et dont le symptôme le plus accusé est l'augmentation du volume du ventre avec difficulté de la marche, troubles du cœur et de la respiration. Rien dans ses antécédents sinon des signes certains d'alcoolisme.

La maladie paraît avoir commencé il y a trois ans. Le ventre augmente de volume, mais l'appétit reste parfait, les digestions régulières, les selles normales, pas de douleurs abdominales.

A l'entrée à l'hôpital on constate une hypertrophie considérable du foie et de la rate. Pas d'ascite, mais un certain degré de météorisme. La matité hépatique remonte à droite jusqu'au mamelon et le bord inférieur de l'organe, facilement senti, déborde en bas les fausses côtes de quatre travers du doigt au niveau de la ligne axillaire antérieure et d'une main sur la ligne mamelonnaire. Le foie est dur ; son bord libre est assez mousse, il présente une échancrure profonde au niveau de la vésicule biliaire, pour tout le reste de son étendue, il paraît parfaitement régulier, ainsi que la surface supérieure accessible à la palpation. Il n'est nullement douloureux au palper.

La rate paraît aussi grosse que le foie et symétriquement développée. Il n'y a pas de dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen.

Pas d'altérations notables des autres organes, pas d'adénopathies.

Les troubles fonctionnels sont minimes. A part les pituites matinales, il n'y a pas de troubles digestifs.

Urines en quantité normale avec 14 grammes d'urée par litre. Pas d'albumine, pas de pigments biliaires, pas de glycosurie alimentaire.

Diagnostic porté : cirrhose hypertrophique probablement d'origine alcoolique.

La malade quitte l'hôpital au bout de quelques semaines, puis revient plusieurs fois dans les mois qui suivent pour des poussées rhumatismales. On note chaque fois une légère augmentation du foie et de la rate. En novembre, on constate de l'ascite, la quantité d'urine a un peu diminué, le taux de l'urée est de 9 gr. 10 par litre. Urobiline. Pas d'albumine, pas de sucre, ni de pigments biliaires. Intermittences dans l'élimination du bleu. Le régime lacté produit une amélioration et est suivi de la disparition de l'ascite.

Elle rentre à l'hôpital le 19 février 1900, avec un état général franchement mauvais. Amaigrissement, volume énorme du ventre (l'ascite a reparu), œdème des membres inférieurs. Les jours suivants, la malade va s'affaiblissant et meurt d'une pneumonie double le 4 avril 1900.

A l'autopsie, 5 à 6 litres de liquide ascitique. Le foie est volumineux et pèse 2.800 grammes, nombreuses adhérences. Le lobe droit est énorme, le lobe gauche petit, mais l'organe n'est pas sensiblement déformé ; sa surface est régulière ; il n'y a ni grosses bosselures, ni incisure profonde, et, en somme, on ne trouve à aucun degré, l'apparence dite de foie ficelé. La surface est généralement granuleuse mais sans saillies notables.

A la partie postérieure on voit un groupe de nodosités dont les plus grosses ont de 3 à 4 centimètres de diamètre, un second groupe de nodosités se rencontre dans le lobe gauche. Ces nodosités sont dures, non dépressibles. A la coupe, elles sont formées d'un tissu blanc jaunâtre, caséeux, sec et dur,

sans aucun suc, à surface lisse et homogène, absolument caractéristique de la gomme.

En somme, il s'agissait d'une cirrhose hypertrophique avec gommes.

L'examen microscopique montre la nature syphilitique de la cirrhose.

Les observations V, VI, VII, VIII, IX et X, concernent des erreurs de diagnostic.

OBSERVATION V (Résumée)

Tuffier. — *Gommes multiples du foie. — Examen macroscopique et microscopique*, par M. Letulle (*in* thèse de Steiner, p. 37.)

Il s'agissait d'une femme d'un certain âge, présentant au niveau de l'hypochondre droit une tumeur volumineuse, de la grosseur d'une tête de nouveau-né.

Cette tumeur débordait sur la région épigastrique.

La percussion donnait une zone de sonorité entre la tumeur et le foie.

A l'opération, on reconnut qu'il s'agissait du lobe gauche du foie, extrêmement déformé, entouré d'adhérences anciennes. La tumeur hépatique était nettement pédiculée. On l'enlève, elle était remplie de masses gommeuses.

A l'autopsie, foie ficelé rempli de gommes.

OBSERVATION VI (Résumée)

Letulle. — *Gommes syphilitiques du foie. — Laparotomie exploratrice. — Dégénérescence amyloïde généralisée. — Foie ficelé. — Déformation considérable du lobe gauche* (*in* thèse de Steiner.)

Femme de trente ans, sans antécédents notables, entre à l'hôpital pour une volumineuse tumeur indolente faisant saillie au niveau de l'hypochondre gauche et de l'épigastre. Bon état général ; pas de troubles digestifs ni amaigrissement, pas de ganglions périphériques tuméfiés, légère leucocytose. Température normale.

Au niveau de l'hypochondre droit le foie paraît un peu gros et déborde les fausses côtes. Un examen attentif permet de croire que la tumeur est indépendante du foie.

Le phonendoscope arrive à la délimiter à peu près exactement : elle descend obliquement dans le flanc gauche, en bas et en dedans, se dirigeant vers l'ombilic.

Les renseignements obtenus de la malade sont précis. La tumeur daterait de plusieurs mois et augmenterait rapidement de volume depuis quelques semaines.

Diagnostic : *kyste hydatique de la rate*. On intervient chirurgicalement et on trouve un lobe gauche très hypertrophié sans grandes déformations à sa surface. On croit qu'il s'agissait d'une *cirrhose hypertrophique* avec malformation du lobe gauche et on referme le ventre.

Mort trente-six heures plus tard.

Autopsie. — Le foie était énorme, le lobe gauche très hypertrophié, mais sans produits scléro-gommeux. Détail intéressant à noter, le lobe droit qui n'avait pas attiré l'attention pendant la vie était gorgé de gommes du volume d'une amande à celui d'une pomme.

OBSERVATION VII

(Bastianelli. — *Policlinico*, 1895)

Femme de trente-sept ans. Dans le côté droit de l'abdomen existait une tumeur paraissant appartenir au rein ; elle en avait la forme et trois fois le volume ; elle se déplaçait sous la main et suivait le mouvement respiratoire.

Diagnostic : *néoplasme du rein.*

Incision de la paroi abdominale : tumeur ovoïde grosse comme les deux poings, rattachée par une base mesurant trois doigts d'épaisseur à la face inférieure du foie. On fit sortir la tumeur de l'abdomen, on appliqua une ligature élastique sur sa base traversée par deux tiges métalliques, et on sutura le feuillet vésical au feuillet pariétal du péritoine, puis on fit l'ablation.

Hémorragie peu importante, traitée par la compression et le thermocautère. Le huitième jour on a enlevé les aiguilles ; le quatorzième, la ligature élastique.

Cicatrisation de la plaie par granulation. La tumeur était une gomme du *poids de 450 grammes.*

Guérison opératoire. Un an plus tard la guérison était parfaite.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Legueu. — Congrès de Chirurgie, 1901.)

Femme de trente-huit ans. Les accidents auraient débuté, il y a six mois, par douleur abdominale siégeant du côté droit, se développant surtout après le repas ; en même temps, elle constatait la présence d'une tumeur dans le flanc droit.

A cet époque, bon état général, pas d'amaigrissement. Mais depuis quelques semaines, les douleurs sont plus vives et ont forcé la malade à s'aliter : les forces diminuent, l'amaigrissement est intense, l'état général de la malade est voisin de la cachexie.

Elle entre à l'hôpital Broca le 15 septembre 1900. Elle est jaune de teint et très émaciée. Son appétit est diminué mais encore conservé. Elle ne vomit pas et d'ailleurs n'a jamais vomi ; mais elle se plaint de douleurs vives dans l'hypochondre droit, et ces douleurs attirent tout de suite notre attention de ce côté. Ces douleurs sont à peu près continuelles ; elles sont exagérées dans le décubitus horizontal et aussi par la marche.

Dans l'abdomen, par la palpation, on trouve en haut et à droite de l'ombilic une tumeur difficilement appréciable sous une paroi contracturée. Elle représente une masse arrondie d'un diamètre de 12 centimètres environ dans le sens transversal assez dure, mate à la percussion, assez mobile. Elle semble séparée du foie par une zone sonore ; mobile dans le sens transversal elle est plus difficile à mouvoir dans le sens vertical. Régulière de surface, elle est douloureuse au palper.

En raison de l'état général, de l'amaigrissement, du teint jaune, et la tumeur paraissant indépendante du foie, on fait le diagnostic probable de néoplasme latent de l'estomac avec tumeur secondaire développée dans l'épiploon.

Opération. — 5 octobre 1900. — On trouve un foie très altéré. A sa surface, une grosse tumeur, un gros noyau, comme serait un cancer, occupe la partie antérieure du lobe droit et même le lobe gauche. La tumeur est de couleur

claire, ferme, dure à la coupe. On ne trouve rien sur le pylore, ni sur l'estomac ni sur l'intestin. On croit toujours qu'il s'agit d'un cancer et on l'enlève. La malade guérit.

L'examen histologique pratiqué par M. Letulle (*in* thèse de Steiner, p. 31) démontra qu'il s'agissait de syphilis.

Cette femme n'avait rien dans ses antécédents qui put faire soupçonner la syphilis sauf son passé obstétrical. En neuf ans, il y eut sept grossesses avec un seul enfant vivant, le dernier ; quatre étaient morts peu après la naissance ; il y avait eu deux fausses couches.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Leguen. — Congrès de Chirurgie, 1901.)

Femme, cinquante et un ans, entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales et parce qu'elle perd ses forces.

A l'examen de l'abdomen, on trouve les deux reins mobiles, mais au-devant du rein droit, lorsqu'il a été d'abord fixé dans sa situation normale, on sent une volumineuse tumeur. Celle-ci correspond au bord externe du muscle droit et à la région de la vésicule biliaire : elle est lisse, régulière et arrondie. Peu douloureuse au toucher, elle se déplace avec les changements d'attitude mais conserve toujours son point d'attache comme un large pédicule, dans la région hépatique.

La tumeur semblait faire partie intégrante du foie, on pense qu'il s'agit *d'une vésicule dilatée et kystique*.

Dans les antécédents de la malade on relève qu'elle a perdu ses cheveux et qu'elle a eu des céphalées nocturnes. Deux ans auparavant, elle avait été soignée à l'Hôtel-Dieu

pour une tumeur siégeant à la partie antérieure du cou, tumeur qui disparut par des frictions mercurielles et par le traitement ioduré.

Opération. — 9 août 901. — On trouve un lobe flottant du foie largement pédiculé sur la partie droite du lobe droit. La vésicule biliaire est indemne non dilatée ; mais à la face inférieure du lobe flottant, existent deux épais noyaux fibreux un peu comme des noyaux de cancer. On excise tout le lobe flottant. Guérison.

A l'examen microscopique (*in* thèse de Steiner) : gommes syphilitiques.

OBSERVATION X Résumée)

(Hochenegg et Albert. — *Wien. Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 52.)

Femme de vingt-sept ans.

Depuis un an, douleurs aiguës dans la région sous-costale gauche et dans la poitrine. Six mois plus tard apparaît une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule dans la région sous-costale droite. Les douleurs deviennent intolérables. A la palpation, tumeur du volume du poing, dure, unie, légèrement mobile, s'abaissant avec les mouvements respiratoires et paraissant venir du foie.

Diagnostic : *tumeur du foie*.

Laparotomie. La tumeur siégeait sur le lobe droit. On l'enlève. C'était une gomme mesurant 8 centimètres de diamètre.

Les douleurs disparurent, la malade sortit guérie le quarante-cinquième jour.

Les observations résumées XI, XII, XIII et XIV, sont tirées du mémoire de *Courcoux et Ribadeau-Dumas* (*in Annales des maladies vénériennes*, 1908, p. 1) et ont trait à des faits présumés d'angiocholite syphilitique.

OBSERVATION XI

(Riedel, *loco citato*.)

Femme de cinquante-deux ans, a eu trois enfants bien portants ; puis trois autres nés avec une éruption suspecte, deux moururent de bonne heure. Elle souffre du ventre et de la vessie, plusieurs attaques douloureuses.

A l'opération, foie volumineux grisâtre avec grosse tumeur dans le lobe droit. La vésicule, petite, adhère solidement au duodénum, au pylore et au côlon. Traitement spécifique. La malade alla bien dans la suite jusqu'au jour où le traitement fut suspendu.

OBSERVATION XII

(Riedel, *id.*)

L. K..., trente-huit ans. Mariée à vingt-trois ans, première grossesse avortée au cinquième mois, puis elle a deux enfants, morts dans la première semaine après leur naissance, deux vivants et un dernier mort après l'accouchement au milieu de convulsions. La malade souffre depuis longtemps : six mois après le mariage elle avait des douleurs du ventre, des vomissements et de la constipation. Elle a des crises de douleurs abdominales avec irradiation dans l'épaule droite et dans le dos, pendant ces crises les matières et les urines sont foncées en couleur.

Ces phénomènes durent souvent pendant trois jours.

Au début, ils ne se produisaient qu'au printemps et à l'automne ; depuis quatre ans, trois ou quatre fois par an ; alors la malade crie et ameute tout le village. Dans l'intervalle des crises elle éprouve de sourdes douleurs ; une fois, elle eut de l'ictère.

A l'examen, la vésicule n'est pas sentie, le point vésiculaire est douloureux, le foie semble de volume normal.

L'opération montre une vésicule molle, des adhérences à la face inférieure du foie, le long du canal cystique, sur le bord du lobe gauche des nodosités de la grosseur d'un pois, et une dépression cicatricielle de la face antérieure de l'organe.

A la suite, traitement par l'iodure de potassium. Depuis la malade est en voie d'amélioration, mais de temps en temps, un léger ictère, des troubles digestifs nécessitent de nouvelles doses d'iodure.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(Riedel)

Femme de cinquante-deux ans. Jeune fille, elle eut deux enfants de pères différents, puis se maria et mit au monde cinq enfants bien portants, pas d'avortement ; depuis un an, douleurs dans la région du foie, si violentes que la patiente se couchait par terre ; vomissements, frissons, fièvre, pas d'ictère.

Depuis cinq jours, douleurs très vives et vomissements. A l'examen, le foie paraît gros. La vésicule est tuméfiée,

rénitente, très sensible à la pression. Degrés du soir 38°2, puis 39 degrés. La température descend après purgation.

Diagnostic : lithiase biliaire.

Opération. — La vésicule est remplie d'une bile épaisse sans calculs. Adhérences au duodénum et au péritoine. Dans le lobe droit du foie, nodosités nombreuses gris blanc, quelques-unes de la grosseur d'une petite pomme. La surface du foie est couverte de pseudo-membranes et de cicatrices. Dépôts fibrineux récents entre le foie et le diaphragme ; fermeture du ventre. A la suite du traitement par l'iodure de potassium, la malade se remet parfaitement. Elle était en bon état dix ans après l'opération.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Lilienthel. — *Annals of Surgery*. July 1902.)

Homme de trente-six ans, ayant eu la syphilis pour laquelle il fut traité pendant quelques semaines avec de l'iodure de potassium mais pas de mercure.

Depuis trois ans, crises douloureuses s'accompagnant d'élévation de la tempêrature. Les douleurs, qui survenaient à intervalles réguliers de quelques mois, étaient localisées dans l'hypochondre droit et plus marquées quand le malade respirait profondément. Le foie était passablement augmenté de volume.

Le diagnostic hésitait entre une cholécystite suppurée et quelques autres lésions du foie.

On pratiqua la laparotomie qui montre *une gomme suppurée* du foie. Un traitement antisyphilitique énergique guérit le malade.

OBSERVATION XV (Résumée)

(J. Bruhl et L. Lyon-Caen. — Société médicale des Hôpitaux, 1909, p. 295.)

Un cas de fistule broncho-biliaire, au cours d'une syphilis scléro-gommeuse hépatique et pulmonaire

M. G..., âgée de trente-trois ans, entre à l'hôpital Andral le 20 novembre 1908 parce que, depuis six mois, son ventre s'est développé et parce qu'elle a une expectoration de plus en plus abondante, jaune verdâtre, et qui laisse un goût marqué d'amertume dans la bouche.

Père épileptique, mère aliénée, a eu la syphilis à dix-neuf ans. Il y a huit ans, ictère par rétention ; et, en 1907, une crise douloureuse ayant simulé la colique hépatique avec subictère, mais avec selles manifestement bilieuses. En même temps que ces accidents, la malade présente des troubles intéressant l'appareil respiratoire, elle tousse depuis cinq ans ; hémoptysies il y a deux ans. Elle crache habituellement, a beaucoup maigri. Cet ensemble faisait penser à la tuberculose.

En octobre 1908, la malade expectora en même temps que ses crachats une grande quantité d'un liquide verdâtre, visqueux, laissant un goût d'amertume prolongé ; à ce moment, elle a la sensation de vider une collection thoracique ; elle rend ainsi par jour, par débit fractionné, une cuvette de crachats bilieux ; puis la quantité de bile expectorée diminue progressivement et, au bout de quatre jours, l'expectoration est redevenue à peine teintée en jaune verdâtre.

A son entrée, malade pâle, amaigrie ; pas de fièvre ni d'anorexie. Les crachats sont nummulaires, muco-purulents, de teint verdâtre claire. Au microscope, ni fibres élastiques, ni bacilles de Koch, mais des cristaux bleu verdâtre. Après macération dans une solution normale de soude, le liquide filtré donne la réaction de la biliverdine.

L'examen du *thorax* donne des signes de bronchite sans signes cavitaire à proprement parler. En avant et à droite il y a une zone de franche matité qui se continue avec la matité hépatique ; en arrière, il y a une zone de matité au sommet, une zone moyenne sonore et une zone de matité franche dans la moitié inférieure.

Abdomen.— Circulation veineuse sus-ombilicale très développée ; ascite. Le foie, indolore, est très augmenté de volume, son bord inférieur dur et irrégulier, descend à cinq ou six travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes ; dans le lobe gauche on délimite assez nettement une tumeur de la grosseur d'une orange dure, non fluctuante, mais douloureuse. Pas d'ictère.

Rate augmentée de volume.

Urines rares, 11 gr. 80 d'urée par jour, forte proportion d'urobiline.

Dans l'hypothèse d'un kyste hydatique possible malgré l'absence d'éosinophilie, la réaction de fixation pour l'échinocoque faite par M. Weinberg demeure négative.

On remarque après les grands expectorations que la matité diminue du côté droit.

23 décembre 1908. — L'examen radioscopique fait par M. Béclère montre deux zones opaques, la première en arrière près de la colonne ; la deuxième semble se placer

devant l'estomac. On pense de plus en plus à la possibilité des kystes hydatiques.

24 décembre. — La malade a une expectoration nettement hémorragique et les jours suivants des crachats rouillés, puis abricots.

8 janvier. — La malade expectore pendant la nuit environ 500 grammes d'un liquide ocre jaune ou jaune d'œuf avec reflets rougeâtres ; le lendemain les crachats sont teintés de cette couleur qui rappelle tout à fait celle des solutions de biliverdine ou de la bile fraîche non oxydée ; ils sont tout à fait différents des crachats *abricots* des jours précédents, laissent une amertume extrêmement désagréable empêchant la malade de manger. Il est important de noter cette succession brusque des crachats hémoptoïques et biliaires. L'expectoration biliaire correspond à la disparition de la matité de la base droite et à une diminution des signes physiques.

Etant donné l'existence incontestable d'une communication des voies biliaires avec les bronches, on pratique une laparotomie exploratrice pour connaître si possible la cause des accidents.

On trouve un lobule de Spiegel énorme, saillant en avant, sans collection suppurée, sans kyste hydatique décelable, avec intégrité de la vésicule et des voies biliaires. La malade meurt huit jours après d'insuffisance hépatique.

Autopsie partielle. — Le foie est très irrégulier, volumineux et multilobé, il a en totalité un aspect de foie cardiaque En trois régions différentes on voit des masses blanchâtres faire saillie à la surface. Elles sont dures, saillantes, non fluctuantes, la première au niveau du lobe droit est grosse

comme le poing et forme la plancher d'une cavité sous-phrénique large de 5 centimètres, dont la paroi supérieure correspond à la partie moyenne du diaphragme, craquelé et perforé en certains points, adhérent au tissu pulmonaire, sclérosé en d'autres.

Les parois de cette cavité sont colorées en vert par la bile, à la coupe, la tumeur est dure, scléreuse, parsemée de travées fibreuses sèches.

Elle est entourée d'une coque fibreuse polycyclique de couleur bleu verdâtre et qui envoie excentriquement dans tous les sens des travées scléreuses nombreuses et plus ou moins denses. En certains endroits, ces travées vont rejoindre les petites masses blanchâtres analogues à la première.

A la partie inférieure et postérieure, cette gomme scléreuse est limitée par une fente dans laquelle se trouve du sable jaune foncé ou rougeâtre donnant les réactions de pigments biliairès ; en sa partie moyenne, une autre fente verdâtre. Il s'agit d'un conduit biliaire qui a été ouvert par le processus gommeux, et à sa suite il s'est fait une cholérragie *ex vacuo* qui se vidait dans la cavité sous-phrénique.

Deux autres gommes existent encore au niveau du bord antérieur et de la face postérieure du foie à droite de la gouttière de la veine cave.

Le *poumon droit* est extrêmement réduit, ratatiné, sclérosé, entièrement adhérent au diaphragme et par son intermédiaire au foie sur toute sa face antérieure, formant ainsi une symphyse hépato-phréno-pulmonaire, sauf au niveau de la région où existe la cavité sous-phrénique.

La cavité sous-phrénique semble s'enfoncer dans le tissu pulmonaire sus-jacent, mais il est difficile de trouver là

un trajet fistuleux en communication avec une bronche.

Au microscope on voit toutes les lésions de la syphilis scléro-gommeuse du foie avec des lésions de stase sus-hépatique surajoutées. Il existe des lésions de syphilis pulmonaire banale.

OBSERVATION XVI (Résumée)

Milian. — Société médicale des Hôpitaux, 17 déc. 1909.)

Syphilis ignorée. — Extirpation chirurgicale d'une volumineuse gomme du cou prise pour un abcès froid enkysté et d'une gomme de foie prise pour un fibro-sarcome. — Guérison par l'hectine.

Malade âgée de trente-sept ans, ménagère, vient consulter à la Charité le 29 octobre 1909 pour une ulcération de la base du cou.

Cette ulcération mesurait 9 centimètres de hauteur sur 1 centimètre de large. On apprend que la malade avait été au mois d'août dernier, opérée à cet endroit d'une tumeur prise pour un abcès froid enkysté.

De plus on note une cicatrice de laparotomie pratiquée le 5 juillet 1907, par le Dr Peugniez à Amiens.

Le foie est énorme, son bord supérieur remonte jusqu'au mamelon, et son bord inférieur descend jusqu'à la hauteur de la crête iliaque mesurant ainsi 27 centimètres de hauteur. La consistance de l'organe est dure ; à sa surface, on sent deux bosselures, dont l'une a le volume d'un œuf de poule On distingue en outre sur le bord gauche du foie une encoche à angle droit due vraisemblablement à l'extirpation chirurgicale pratiquée deux ans auparavant.

La rate est très hypertrophiée, elle dépasse le rebord

costal de deux travers de doigt et remonte aux environs du mamelon gauche.

Ni ascite, ni circulation collatérale, ni ictère. Le teint de la malade est seulement un peu terreux et les muqueuses sont sensiblement décolorées.

Périostoses syphilitiques des tibias.

L'état général est très défectueux, température 38 degrés, les forces sont très diminuées.

Le teint était terreux comme chez les syphilitiques héréditaires ; les muqueuses notablement anémiées ; enfin, il y avait un amaigrissement marqué, au dire de la malade, qui ne pesait plus que 56 kilos au lieu de 61.

Urines de couleur et de quantité normales, mais pauvres en principes extractifs, 13 grammes d'urée par vingt-quatre heures, trace d'albumine, pas de pigments biliaires.

A la *radioscopie* le foie montre un bord gauche très débordant et limité par une ligne irrégulière terminée inférieurement par une encoche à angle droit.

Antécédents. — Père mort à soixante-quinze ans, mère morte à soixante-six ans. Douze frères et sœurs, tous bien portants. La malade a eu trois enfants à terme d'un premier lit ; elle s'est remariée et à eu une fausse couche de trois mois. Depuis cette époque elle n'a jamais été enceinte.

Le Dr Peugniez fait savoir qu'il avait opéré croyant avoir affaire à un *fibro-sarcome* du foie. De nouvelles préparations sont faites avec le fragment enlevé et montrent des masses gommeuses avec autour d'elles des lésions de cirrhose.

Traitement par l'hecline. — La plaie du cou fut pansée à l'eau bouillie puis à l'emplâtre de Vidal. Dès le 29 octobre, le

malade reçut chaque jour 10 centigrammes d'hectine en injection intra-musculaire.

8 novembre. — La bosselure du volume d'une mandarine qu'on sentait sur la face antérieure au-dessous des côtés a diminué de trois quarts, le foie est moins dur, la gomme du cou a diminué, la malade engraisse.

12 novembre. — Violent mal de tête, sensation de chaleur au visage, cette crise dure une heure et demie.

Somnolence, nausées, bourdonnements d'oreille, saignement de nez.

On cesse la première série d'hectine ; polyurie dans les jours qui suivirent.

Deuxième série d'hectine du 20 au 30 novembre. Quelques phénomènes d'intolérance, les dimensions du foie ne sont plus que de 21 centimètres. La plaie du cou est complètement fermée le 10 décembre.

CONCLUSIONS

I. — Les gommes syphilitiques du foie chez l'adulte constituent la manifestation la plus fréquente du tertiarisme hépatique. Elles coexistent le plus souvent avec la cirrhose et interviennent en même temps que celle-ci dans la production du foie ficelé.

II. — Il existe une forme de syphilome hépatique qui a tendance à franchir la capsule de Glisson et à se propager aux organes voisins.

III. — Les gommes du foie se cicatrisent habituellement, mais elles peuvent aussi se ramollir et vider leur contenu soit dans les voies biliaires soit dans le poumon. Il se produit de la sorte des cavernes biliaires syphiliques.

IV. — Le tableau clinique le plus fréquent est celui du foie scléro-gommeux. Il existe des formes latentes. Il existe aussi des formes où les signes de cirrhose font défaut et qui se traduisent soit par des signes physiques nets qui mettent immédiatement le diagnostic en éveil, soit par des phénomènes de compression des organes juxta-hépatiques.

V. — Le syphilome diffus, à point de départ hépatique, n'a pas d'histoire clinique.

Les cavernes biliaires en communication avec la

lumière des canaux biliaires peuvent donner lieu à un syndrome douloureux rappelant ceux de la lithiase ou des angiocholécystites et évoluant le plus souvent sans ictère.

Les gommes qui s'ouvrent dans le poumon s'accompagnent de fistules broncho-biliaires et d'expectoration bilieuse.

VI. — La séro-réaction par la méthode de Wassermann devra toujours être employée dans le diagnostic des affections du foie de nature mal déterminée.

Elle permettra d'éviter les interventions chirurgicales dans les cas de tumeur dont aucun signe ne permettait autrefois de reconnaître la nature syphilitique.

VII. — Le mercure et l'iodure ont été jusqu'à ces dernier temps les agents exclusifs du traitement.

On est autorisé aujourd'hui à employer les arsenicaux et notamment l'hectine.

Vu : Le Président de la thèse
ERN. GAUCHER

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1839 *Rayer.* — Traité des Maladies des Reins, tome II.

1849 *Gübler.* — Altération du foie chez les individus atteints de syphilis. Société de Biologie, mars.

— *Dittrich.* — Der syphilitiches Krankheitsprozess in der Leber (*Vierteljakrssch. f. d. prakt. Heilk.* [Prague], t. I, p. 1).

1850 *Dittrich.* — Loco citato, t. II, p. 33.

1851 *Ricord.* — Iconographie de l'Hôp. des Vénériens.

1860 *Virchow.* — La syphilis constitutionnelle.

1861 *Frerichs.* — Klinik der Leberkrankheiten, t. II, p. 163.

— *Murchison.* — The Lancet, vol. II.

— *Cornil.* — Bulletin de la Société anatomique, p. 455.

1862 *Biermer.* — Ueber Syphilis der Leber und Milz *Schweitz. Leitsch. f. Heilk.*, t. I, p. 119.

1863 *Oppolser.* — Syphilis der Leber. *Wien. mediz.* (*Halle.*)

1864 *Wagner.* — Das syphilom der Leber. *Arch. der Heilkunde*, t. V, p. 121.

1865 *Lancereaux.* — Traité de la Syphilis.

— *Virchow.* — Die Krankhaften, Geschwülste, t. II, p. 427.

1866 *Leudet.* — Recherches cliniques sur l'étiologie, la curabilité et le traitement de la Syphilis hépatique. Arch. gén. de Méd., p. 151.

1874 *Gaillard-Lacombe.* — Etude sur les accidents hépatiques de la syphilis chez l'adulte. Thèse de Paris.

1879 *Jullien.* — Traité des Maladies vénériennes.

— *Rendu.* — Dict. de Dechambre.

1881 *Chvostek.* — Ueber syphilitische hepatitis, Lebersyphilis. (*Vierteljahrssch f. Dermatol u. syphil.*, p. 225.)

1882 *Barth.*— France médicale.

1884 *Barthélemy.* — Archives générales de Médecine.

1886 *Fournier.* — Traité de la Syphilis héréditaire tardive.

— *Chiari.* — Centralblatt für med. Vissenchaft.

1888 *Mauriac.*— Journal des Praticiens.

1890 *Hutinel* et *Hudelo.* — Archives de Médecine expérimentale.

— *Hudelo.* — Contribution à l'étude des lésions viscérales du foie dans la syphilis héréditaire. Syphilis du foie.Thèse de Paris.

— *Marfan* et *Toupet.* — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, p. 637.

— *Tillmans.* — Beilage zur centralblatt f. chirurgie, p. 73.

1891 *Chauffard.* — Semaine médicale, 1er juillet.

1894 *Ponfick.* — Expérimentelle Beitræge zur Pathologie der Leber. (Arch. f. Pathol. Anat. und Physiol. t. CXVIII, p. 209.

— Ueber des Wesender Leber Recreation. (Central. Bl. f. d. med. Wissensch, 14 juillet).

1895 *Bastianelli.* — Policlinico.

1899 *Kahn* (L.).— Etude sur les régénérations du foie dans les etats pathologiques, thèse de Paris.

1898 *Gerhardt.*— La Syphilis du foie chez l'Adulte. Semaine médicale, n° 34, p. 273.

— *Migliorato.* — Settimana medica della sperimentale, novembre.

— *Terrier* et *Auvray.*— Les tumeurs du foie au point de vue chirurgical.Revue de chirurgie, p. 403,706,831.

1897 *Poljanow* Médicinsk, obosrenge, déc.

1900 *Ménétrier.* — Société médic. des Hôpitaux, n° 22.

— *Galvagni.*— Clinica moderna.

1901 V. *Caire.* — Thèse de Lyon.

— *Jousset.* — Thèse de Paris.
— *Terrier* et *Auvray.* — Chirurgie du foie et des voies biliaires.
— *René Marie.* — Bulletin de la Société anatomique.
— *Legueu* (F).— Deux cas d'hépatectomie pour syphilis. Congrés français de chirurgie.
1902 *Steiner.* — Tumeurs du foie opérées n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention. Th. de Paris.)
1903 *Cumston.* — Archives générales de Médecine, p. 897.
— *Boix.* — La Syphilis du foie chez l'Adulte. Archives générales de Méd., p. 1302.
1904 *Riedel.* — Ueber die Fieberhaft verlaufende Lues des Gallenblase und Gallengange sowie der Leber. (*Mitteil aus der Grenzgebicten der Med. und chir,* 4o Bd., I Heft.)
1906 *Litten.* — Deux cas de syphilis hépatique très grave. (Berliner Medizinische Gessellschaft, décembre.
1907 *Roque* et *Jambon.* — Lyon Médical, p. 737.
1908 *Courcoux* et *Ribadeau-Dumas.* — Annales des Maladies vénériennes, p. 1.
1909 *Brühl* et *Lyon-Caen.* — Société médicale des Hôpitaux, p. 295.
— *Milian.* — *Id.*, 17 décembre.
— *Sang.* — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
1910 *Brault.* — Communication à l'Académie de Médecine. Séance du 3 mai 1910.
— *Milian.* — Progrès Médical, p. 58.
Traités de Médecine : Fournier, traité de la syphilis. — Chauffard, *in Charcot-Bouchard.* — Gilbert et Surmont, *in Brouardel* et *Gilbert.*

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15 rue Racine, Paris.